

Année 1892

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 24 mai 1892, à 1 heure.

Par A. CAYE

Né à Metz, le 8 février 1864.
Ancien externe des hôpitaux

DES

KYSTES DERMOIDES & MUCOIDES MÉDIANS

DE LA LANGUE ET DU PLANCHER DE LA BOUCHE

Président : M. DUPLAY, professeur

Juges : MM. LE DENTU, professeur

QUÉNU

NÉLATON

} *agregés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, rue Casimir-Delavigne, 2

—
1892

Année 1892

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 24 mai 1892, à 1 heure.

Par A. CAYE

Né à Metz, le 8 février 1864.
Ancien externe des hôpitaux

DES

KYSTES DERMOIDES & MUCOIDES MÉDIANS

DE LA LANGUE ET DU PLANCHER DE LA BOUCHE

Président : M. DUPLAY, professeur

Juges : MM. LE DENTU, professeur

QUÉNU

NÉLATON

} *agregés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, rue Casimir-Delavigne, 2

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TILLAUX.
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	STRAUS.
	{ SEE (G.).
	{ POTAIN.
Clinique médicale.....	{ JACCOUD.
	{ PETER.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies nerveuses.....	{ CHARCOT.
	{ VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.....	{ LE FORT.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et REGNAULD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	REYNIER.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	RIBEMONT-DESSAIGNE.
BLANCHARD.	GLEY.	NETTER.	RICARD.
BRISSAUD.	HANOT.	POIRIER, Chef des tra-	ROBIN (Albert).
BRUN.	HUTINEL.	vaux anatomiques.	SCHWARTZ.
CAMPENON.	JALAGUIER.	POUCHET.	SECOND.
CHANTEMESSE.	KIRMISSON.	QUENU.	TUFFIER.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUINQUAUD.	VILLEJEAN.
DEJERINE.	MARIE.	RETTERER.	WEISS.

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR VERNEUIL

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A L'HOTEL-DIEU
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

A M. LE PROFESSEUR GRANCHER

PROFESSEUR DE CLINIQUE A L'HOPITAL DES ENFANTS MALADES
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES AUTRES MAITRES DE LA FACULTÉ
DE PARIS

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ LIBRE DE LILLE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR DUPLAY

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A L'HOPITAL DE LA CHARITÉ
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

DES KYSTES DERMOIDES & MUCOIDES MÉDIANS

DE LA LANGUE ET DU PLANCHER DE LA BOUCHE

INTRODUCTION

Les kystes dermoïdes et mucoïdes médians de la langue et du plancher de la bouche, considérés il y a quelques années comme très rares, le sont beaucoup moins, depuis que d'excellents mémoires ont attiré l'attention sur cette affection.

MM. Lannelongue et Ménard, dans leur traité des affections congénitales (1891), en ont relevé 37 cas. M. Schmit (1) a porté dernièrement à la Société de chirurgie une observation nouvelle, et en a recueilli 3 autres qui étaient passées inaperçues. En même temps, 3 nouveaux faits ont été communiqués à la même société, l'un appartient à M. Gérard-Marchant, les 2 autres à M. Bazy. Enfin M. le professeur Duplay opéra dans son service un kyste dermoïde du plan-

(1) M. SCHMIT donnait encore 2 autres indications bibliographiques qu'il nous a été impossible de vérifier. Ce sont :

ROBINSON, *S. Thomas Hospital Rep.*, XVIII, 1889.

STREPERD, *Montreal med. chirurg. Soc.*, 1889.

cher de la bouche, et nous avons pu entendre la clinique qu'il prononça à ce sujet. Ces observations, jointes à celle que nous devons à l'amitié de M. J. Arrou, interne des hôpitaux, nous permettront de publier ici 46 cas de kystes dermoïdes ou mucoïdes.

Parmi ces observations, beaucoup sont incomplètes, surtout en ce qui concerne les connexions de la poche et l'examen bactériologique de son contenu. Ce dernier n'avait été pratiqué que pour des tumeurs siégeant en d'autres points.

Ce sont là les raisons qui nous ont engagé à choisir ce sujet de notre thèse. L'ouvrage de MM. Lannelongue et Ménard nous a servi de guide. A leur exemple, nous limiterons notre étude aux kystes médians. Nous insisterons particulièrement sur la marche clinique de l'affection, sur l'examen bactériologique qui en a été fait, et sur le traitement. Nous ne pourrions rien ajouter à l'étude magistrale que M. le professeur Lannelongue a faite de la pathogénie de ces kystes, aussi laisserons-nous cette question complètement de côté.

Avant d'aborder notre sujet, nous sommes heureux de pouvoir remercier les maîtres, auxquels nous devons notre éducation médicale, et dont nous avons suivi les leçons, comme stagiaire ou externe, à Lille et surtout à Paris. Nous remercions en particulier MM. les professeurs Verneuil et Grancher, MM. les docteurs Lancereaux, Rendu et Budin de la bienveillance qu'ils nous ont témoignée.

M. le professeur Duplay a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous lui en sommes profondément reconnaissant.

Nous tenons également à remercier M. J. Arrou, interne des hôpitaux, de son appui, et des bons conseils, que son amitié pour nous lui a suggérés. Merci aussi à notre ami M. Chaumont, qui s'est chargé de traduire les auteurs anglais que nous voulions consulter.

Historique.

L'étude des kystes dermoïdes et mucoïdes du plancher de la bouche est relativement récente. Les premières observations remontent il est vrai assez loin. Elles ont été publiées en 1778 par Jourdain dans son traité des tumeurs, et décrites sous le nom de kystes sublinguaux à contenu mélicérique. Mais jusqu'à ces dernières années ils étaient mal connus. On les confondait avec les grenouillettes, alors que le chirurgien se contentait de pratiquer un examen superficiel, d'un cas qu'il croyait banal.

La thèse de Bertherand en 1845, celle de Landetta en 1863 contiennent un certain nombre d'observations intéressantes, mais les auteurs ne font aucune distinction entre les kystes latéraux et médians. Puis viennent de nombreux faits, qu'il serait trop long d'énumérer ici, et pour lesquels nous renvoyons à l'index bibliographique. Ils ont été publiés le plus souvent isolément, ou accompagnés de quelques réflexions de l'auteur. Parmi ces derniers, il faut citer le mémoire de M. Combalat en 1881, les thèses de Gehé 1882 et de Pillon 1883, et surtout le mémoire de Ozenne 1883, qui eut le mérite de faire le premier une étude complète et approfondie de la question et recueillit 21 observations. Après lui MM. Gérard-Marchant (1886) et Reclus (1887) publièrent un certain nombre de faits. Ils insistèrent non seulement sur la nécessité d'extirper complètement le kyste pour éviter la récurrence, mais aussi sur les avantages que

présente la voie cutanée sus-hyoïdienne, pour l'intervention chirurgicale.

Depuis, les observations se sont succédées plus nombreuses. M. Lannelongue, dans son traité des kystes congénitaux du cou (1880) d'abord, et plus récemment, dans son traité des affections congénitales (1891), a pu rassembler 37 cas de kystes dermoïdes ou mucoïdes médians. Le dernier fait intéressant est la discussion qui eut lieu le 14 février 1891, à la Société de chirurgie, et dans laquelle les chirurgiens, et M. Gérard-Marchant en particulier, tendent à préférer presque exclusivement la voie sus-hyoïdienne à la voie buccale pour l'extirpation.

La pathogénie des kystes dermoïdes a donné lieu à différentes théories. Lebert admit que ces organes complexes pouvaient se former de toutes pièces. C'est la théorie de l'hétéroplastie plastique; qui fut loin de satisfaire les cliniciens. M. Verneuil émit le premier en 1852 l'opinion, que les kystes dermoïdes des sourcils, de l'orbite et de son pourtour, se développent aux dépens du revêtement cutané de la fente fronto-maxillaire. Plus tard (thèse de Landetta, 1863), il étendit l'explication aux kystes dermoïdes du plancher buccal. Cette opinion de l'inclusion, désignée par M. Lannelongue sous le nom d'enclavement mucoïde ou dermoïde, est généralement admise aujourd'hui. Certains kystes mucoïdes de la langue ont été attribués par Strecker, Verchère et Denucé, Sutton, à un vestige du canal embryonnaire de Bochdaleck. Nous ne discuterons pas cette opinion, et nous préférons renvoyer à l'étude approfondie qu'en a faite M. le professeur Lannelongue, dans son traité des affections congénitales.

Anatomie pathologique.

Les kystes médians de la langue et du plancher de la bouche se développent dans le raphé fibreux ou celluleux, qui sépare les différents plans musculaires symétriques de ces régions. Cette donnée anatomique a été relatée par la plupart des observateurs.

La forme des kystes est subordonnée, aux rapports qu'ils peuvent avoir, avec un organe voisin. Etranglés par deux sangles musculaires, entre lesquelles ils s'insinuent, ils prennent la forme en bissac ; habituellement, ils sont arrondis.

De volume variable avec l'époque de leur développement, ils arrivent à faire saillie, dans la bouche, sous le menton, ou dans les deux régions à la fois. Leur saillie plus ou moins marquée dans une région, tient à leur situation plus ou moins superficielle.

Streckeisen (1) les divise en quatre groupes selon qu'ils sont : sous-cutanés, c'est-à-dire plus superficiels que le muscle mylo-hyoïdien ; entre les génio-hyoïdiens ou dans leur substance ; entre les génio-glosses au-dessus des génio-hyoïdiens ; enfin, dans la concavité de l'os hyoïde. Sur les 46 cas que nous avons pu rassembler, un seul, celui de Bazy (obs. XLVI), est nettement sous-cutané. Ceux qui paraissent les plus superficiels, non seulement avaient écarté

(1) STRECKEISEN, Beitrage zur Morph. der Schilddrüse. *Virchow's Archiv*, Bd. CIII, s. 131.

latéralement les mylo-hyoïdiens, mais se prolongeaient entre les génio-hyoïdiens (obs. XX), et même entre les génio-glosses (obs. XVIII).

L'étude de leurs points d'origine, permettrait une classification plus précise. Ils peuvent naître au niveau de chacun des différents plans, que l'on rencontre, depuis la peau de la région sus-hyoïdienne, jusqu'à la muqueuse buccale.

On a décrit également des kystes situés, à la pointe (obs. XVI), ou à la face dorsale de la langue (obs. XXX). D'autres, plus volumineux, avaient distendu la langue, au point de la transformer en une cavité kystique (obs. XXIX). En résumé, les kystes s'étendent suivant leur volume, et le plus ou moins de résistance qu'ils rencontrent dans les tissus voisins, aussi est-il souvent difficile de leur assigner un siège précis.

Dans son mémoire sur les kystes dermoïdes du plancher de la bouche, M. Gérard-Marchant (1) les divise en ad-géniens et ad-hyoïdiens, selon qu'ils adhèrent au maxillaire inférieur, ou à l'os hyoïde. En effet, les kystes que nous étudions contractent fréquemment des adhérences avec le système osseux. La classification de Streckeisen pourrait faire supposer, que leur point d'attache constant est à l'os hyoïde. Il n'en est rien. Dans les cas de Verneuil (obs. XIV), Barker (XXIV), Gérard-Marchant (XXXII et XLIV), Reclus (XXXIII), Sutton (XXXIV), Bazy (XLV et XLVI), il existait bien des adhérences avec l'os hyoïde, mais au contraire, les observations de Nicaise (XVI), Combalat (XVII), Hofmokl (XIX), Dardignac (XXIII), Reclus (XXXVI), Guinard (XXXVII), Lannelongue (XXXVIII), ainsi que notre obser-

(1) GÉRARD-MARCHANT, *Bulletin de la Société anatomique*, 1886, p. 653.

vation personnelle, peuvent être rangées dans la classe des kystes ad-géniens. Dans un cas de Gosselin (obs. XXI), les adhérences se faisaient, non pas aux apophyses géni, mais aux insertions osseuses des génio-glosses. Il existe donc huit cas de kystes ad-hyoïdiens, et neuf cas de kystes ad-géniens. Cette classification d'après les adhérences a le tort de ne porter que sur un nombre restreint de cas, puisque, la plupart du temps, le kyste est libre de toute attache.

Ces adhérences consistent en une bride fibreuse, de résistance variable, ordinairement très courte, comme dans notre observation, où elle mesurait 3 à 4 millimètres, reliant la paroi du kyste au périoste. D'autres fois, ce n'est plus un simple cordon fibreux qui attache le kyste à l'os, mais une sorte de pédicule creux (obs. XVII), un véritable canal, de 2 à 3 millimètres de diamètre, comme dans le cas de Nicaise (obs. XVI), où le cordon très dur, résistant, rigide, allait s'insérer au milieu des apophyses géni, en suivant exactement la ligne médiane ; il avait une consistance fibro-cartilagineuse, et était creusé dans son axe d'un canal, dont la paroi avait l'aspect d'une surface cutanée. Ces deux cas prouvent l'origine primitive des adhérences dues au mode de formation même du kyste. Ainsi que le fait remarquer Nicaise, les kystes canaliculés sont rares. Larrey et Duplay dans sa pathologie en citent des exemples, mais ce sont des kystes du cou, et on n'en a pas encore signalé dans la bouche. Dans notre cas, l'adhérence était si mince, que trouvée par l'opérateur, elle n'avait pas sur la poche disséquée de relief tel, qu'on pût voir si elle était canaliculée ou non, et par conséquent rapprochable de celles de MM. Combalat et Nicaise.

Lorsque parfois on a noté des adhérences avec les tissus voisins autres que les os, il était évident, le plus souvent, qu'elles étaient secondaires, et consécutives à la suppuration du kyste. C'est ainsi que dans l'observation de Denonvilliers et Verneuil (VIII), on avait tout d'abord incisé le kyste, introduit dans sa cavité une mèche de charpie, et fait des injections iodées, qui déterminèrent la suppuration. Puis après quelques mois, la plaie s'étant cicatrisée, et le kyste reproduit, on en pratiqua l'extirpation un an après. On trouva alors à la partie inférieure de la tumeur, une adhérence solide, large de 8 millimètres, longue de près de 3 centimètres, allant du bord postérieur de la symphyse du menton en avant, jusqu'au voisinage de l'os hyoïde en arrière.

Le diagnostic de l'adhérence est rarement possible avant l'opération, soit que ces attaches n'aient qu'une faible résistance et ne soient représentées que par un mince cordon fibreux, soit qu'elles se trouvent profondément situées, ou que la tumeur, étroitement appliquée contre le maxillaire inférieur, ne permette pas au doigt de pénétrer dans l'interstice. M. Gérard-Marchant a proposé d'établir le diagnostic de l'adhérence par la palpation attentive. Dans son cas (obs. XXXII), l'os hyoïde et le kyste étaient soulevés en même temps dans la déglutition, et la dissection a vérifié le diagnostic. M. Reclus considère ce résultat comme effet du hasard, car dans son observation (XXXVI), la tumeur, adhérente au maxillaire, se mouvait cependant avec l'os hyoïde. Comment en serait-il autrement ? Le kyste repose sur la sangle mylo-hyoïdienne, et sur les muscles génio-hyoïdiens, qui attirent en haut et en avant,

à la fois l'os hyoïde et le kyste, que celui-ci soit ad-génien ou ad-hyoïdien.

Quant aux kystes linguaux, ils peuvent paraître superficiels, et cependant, même dans ces cas, ils sont sous-musculaires. Dans la langue, ils sont toujours séparés de la muqueuse par un plan musculaire, qui, il est vrai, peut être fort aminci, et réduit à l'état de membrane, mais que l'on a toujours retrouvé. Au plancher de la bouche, ils n'arrivent sous la muqueuse, qu'en pénétrant dans l'interstice qui sépare les muscles génio-glosses.

STRUCTURE. — Les kystes que nous étudions peuvent être divisés en deux variétés, d'après la structure de leur paroi et la nature de leur contenu. Les uns sont mucoïdes, les autres dermoïdes.

1° Les kystes mucoïdes sont rares, 3 cas seulement ont été observés. On les a fait dériver du canal de Bochdaleck, mais nous n'avons pas l'intention d'aborder cette discussion, pour laquelle nous renvoyons à l'étude qu'en a faite M. le professeur Lannelongue dans son traité des affections congénitales.

Leur paroi se compose essentiellement de deux couches. L'une externe, est de structure conjonctive. Elle est tapissée à sa face interne par une muqueuse, constituée par un épithélium cylindrique, dans le cas de Neumann (observation XIII) et de Verchère et Denucé (obs. XXIX), pavimenteux dans l'observation de Lannelongue (XXII). Cet épithélium portait des cils vibratiles, sauf dans le cas de Verchère et Denucé, où peut-être son absence était due à la suppuration, qui avait envahi l'intérieur de la poche

avant l'extirpation de la tumeur. Un liquide visqueux remplissait la cavité kystique.

2° Les kystes dermoïdes sont beaucoup plus fréquents. Douze fois seulement leur paroi a été examinée au microscope, et le plus souvent, leur structure dermoïde a été reconnue, d'après la nature du contenu. L'examen a révélé la présence d'un épithélium pavimenteux stratifié, identique à celui qui tapisse la peau, et supporté par une membrane fibreuse. Dans 9 observations, on a noté la présence de follicules pileux et de poils. Plus rarement, il existait quelques glandes sébacées (obs. XXXIV), et des saillies papillaires. Il est intéressant de remarquer, que la paroi est habituellement très résistante, puisqu'elle atteint et dépasse même parfois un millimètre d'épaisseur. Cela explique l'insuccès de quelques chirurgiens, qui s'étaient contentés d'inciser la poche et de la cautériser.

Le contenu de ces kystes est habituellement composé d'une matière demi-solide, comparée à une purée grisâtre, à de la châtaigne cuite, etc. Assez souvent, cette substance présente une certaine mollesse, donnant lieu à de la fluctuation. Dans les cas de Gerster (XXVI), Barker (XXIV), Gruber (XVIII), en particulier, le contenu était une bouillie, mais jamais on n'avait noté de liquide dans un kyste dermoïde proprement dit. Un point intéressant de l'observation que nous rapportons, est précisément, l'existence de liquide à peine citrin, d'apparence séreuse, dans la poche, en même temps qu'un mastic blanc grisâtre. Une minime partie de la poche était seule occupée par le liquide, tandis que la matière demi-solide se trouvait dans les parties déclives. Il en était de même dans l'obs. XXIII.

Examiné au microscope, le contenu des kystes se montre composé essentiellement de cellules épithéliales desquamées et de matière sébacée ; on y rencontre aussi des cristaux de cholestérine et des poils.

ÉTUDE MICROBIOLOGIQUE. — Les bactériologistes se sont demandés si les kystes dermoïdes contenaient des microbes. La présence de micro-organismes aurait eu pour résultat de faire rechercher, quelle pouvait être leur voie de pénétration, et quelle influence ils exerçaient sur la production et le développement de ces tumeurs.

En 1886, Poncet (1), ayant cru observer des microbes dans la paroi et le contenu de diverses productions sébacées, en attribua la formation à un microbe spécial.

Mais peu après, Garré (2) reconnut, que ces conclusions étaient dues à une erreur d'interprétation des préparations microscopiques ; et ayant fait des cultures avec le contenu de quatre cas d'athéromes, il n'obtint que des résultats négatifs.

A l'encontre de Garré, MM. Verneuil et Clado (3) trouvèrent des micro-organismes, dans trois kystes de la face, en voie d'accroissement. Cette coïncidence leur fit penser, que l'invasion microbienne pouvait avoir été pour quelque chose dans cet accroissement.

Plus récemment, les recherches de M. le professeur Lannelongue (4) l'amènèrent à des résultats différents. Sur 10 kystes congénitaux, de siège, de structure et de con-

(1) PONCET, Genèse des kystes sébacés. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1886, p. 455.

(2) GARRÉ, *Correspondenzblatt für schweitzer Aerzte*, 1886, p. 473.

(3) VERNEUIL et CLADO, *Académie des Sciences*, 1888, p. 973.

(4) LANNELONGUE et ACHARD, *Annales de l'Institut Pasteur*, mai 1890, p. 293.

tenu variés, 2 seulement lui donnèrent des cultures de microbes ; mais l'un d'eux communiquait avec l'extérieur, et le second présentait une suppuration d'origine indéterminée. De ses recherches, M. Lannelongue conclut : « que les kystes dermoïdes et mucoïdes, tant que leurs parois ont conservé les caractères des tissus normaux, et que leur cavité n'a pas été mise en communication avec l'extérieur, ne renferment pas de microbes, ou du moins ne renferment pas de microbes cultivables dans les milieux qui sont actuellement d'un emploi ordinaire en bactériologie ».

A l'appui de cette opinion, vient s'ajouter l'observation que nous rapportons. L'examen bactériologique est resté négatif, résultat conforme à l'opinion de M. Lannelongue, mais aussi à celle de M. Verneuil, puisque le kyste ne s'accroissait que lentement.

Etude clinique.

ÉTIOLOGIE. — Si la connaissance exacte du développement du maxillaire inférieur, de la langue et du cou, nous permet de comprendre la production d'un enclavement muqueux ou dermoïde à ce niveau, il reste encore à déterminer la cause de ce phénomène.

L'hérédité, qui a été notée pour d'autres vices de conformation, tels que le bec-de-lièvre, n'est indiquée dans aucune observation.

Si nous en jugeons par les faits que nous rapportons, c'est à la naissance ou dans la première enfance que les kystes dermoïdes apparaissent. L'origine congénitale ou très précoce a été notée dans 21 cas.

Lorsqu'on tient compte, non plus de l'âge auquel la tumeur a été observée pour la première fois, mais de l'époque à laquelle le malade s'est confié au chirurgien, il est permis d'avancer, que ces kystes sont une maladie de l'adolescence. En effet, sur les 41 cas, où l'âge se trouve noté, que nous publions, la plupart comprennent des sujets, dont l'âge varie entre 17 et 28 ans. Cependant, un cas a été observé chez un nouveau-né, 8 autres de 1 à 15 ans. La vieillesse même n'en est pas exempte, ainsi qu'en témoignent les observations XIII (Neumann), XV (Meunier), IX (Cruveilhier).

La fréquence du début, à un âge relativement avancé, n'a rien qui doive nous étonner. Comme dit M. le profes-

seur Lannelongue, l'épithète de congénital, appliqué au mot kyste, n'implique pas qu'il existe au moment même de la naissance, elle indique seulement que son existence se rattache à un trouble du développement, trouble qui peut ne se révéler qu'à un âge fort avancé. Il faut également tenir compte, du peu de soin et d'attention, que bien des gens prennent de leur personne. Cela explique que dans certains cas, ce soit le chirurgien qui se soit aperçu le premier de l'existence de la tumeur, alors que le malade venait le consulter pour tout autre chose.

Dans 7 observations, le sexe n'est pas indiqué. Pour les autres cas, nous trouvons 22 hommes et 17 femmes. Il semble donc que le sexe ait une faible influence sur le développement plus ou moins fréquent des kystes.

Le traumatisme n'a été signalé nulle part comme cause de leur apparition.

SYMPTOMES. — Le début des kystes dermoïdes passe le plus souvent inaperçu. Nous avons vu que dans près de la moitié des cas, on avait noté leur présence à la naissance ou peu après. A ce moment, la tumeur n'est reconnue qu'accidentellement. Dans trois cas, son volume, relativement considérable pour l'âge de l'enfant ($1/4$ de pouce, petite noix), gênait notablement la succion ; fait qui attira l'attention des parents, les inquiéta et les poussa à consulter un chirurgien. Tels sont les cas de Lannelongue (obs. XXII), Hadden (obs. XXX) et Richet (obs. VII). Chez les adolescents et les adultes, la tumeur, reconnue depuis un temps plus ou moins long, a été comparée par les observateurs à une noisette, une noix, une mandarine, une pomme, le plus souvent à un œuf (13 cas). Chez le malade de Reclus

(obs. XXXVI), elle avait même atteint le volume du poing.

La tumeur peut faire saillie en même temps sous le menton et dans la bouche (17 fois). Cependant Gruber, Gross (obs. XVIII et XX), et plus récemment Gérard-Marchant et Bazy (obs. XLIV, XLV, XLVI), ont opéré des kystes ne faisant aucun relief du côté du plancher buccal. Lorsqu'au contraire la tumeur ne s'est développée que vers la bouche, et c'est le cas le plus fréquent, aucun relief n'est appréciable à la région sus-hyoïdienne. Lorsque le kyste est assez volumineux pour remplir plus ou moins complètement la cavité buccale, le relief sus-hyoïdien peut apparaître ou s'accroître davantage, si l'on dit au malade de fermer la bouche. La saillie buccale comprimée repousse alors le plancher vers la région sus-hyoïdienne.

Le kyste situé dans le plancher buccal est plus ou moins rapproché du maxillaire inférieur, dont il occupe la concavité. Tantôt il est étroitement appliqué contre la face postérieure de la symphyse et soulève le frein de la langue, tantôt au contraire il s'en éloigne et se trouve séparé de l'os, par une sorte de gouttière transversale. D'autres fois, il est situé dans la langue elle-même, ainsi que le montre l'observation de Verchère et Denucé (obs. XXIX), dans laquelle la langue semblait transformée en une poche liquide, occupant presque toute l'épaisseur de l'organe, et s'étendant en arrière jusqu'au delà du V lingual et jusque vers la base. Le kyste observé par Hadden (obs. XXX), était situé sur le dos de la langue, en arrière du V lingual ; celui de Lannelongue (obs. XXII) occupait les deux tiers postérieurs de la face inférieure de l'organe. Mais ces cas sont exceptionnels.

Quoi qu'il en soit, la tumeur occupe la ligne médiane. Le frein de la langue plus ou moins tendu partage la tumeur en deux moitiés symétriques. Les téguments qui la recouvrent, peau ou muqueuse, sont sains et conservent leur coloration normale. La muqueuse en particulier est rosée, à peine dans quelques cas exceptionnels a-t-on noté une coloration grisâtre, dans les cas de kystes mucoïdes, ce qui se comprend aisément. Nicaise et Schmit (obs. XVI et XLII) ont aussi noté une couleur jaunâtre, due à la transparence de la paroi du kyste et de la muqueuse, permettant d'apercevoir la teinte jaunâtre du contenu. Habituellement, la muqueuse est opaque, et un point essentiel à noter, c'est que jamais on n'a observé la coloration bleuâtre caractéristique de la plupart des grenouillettes.

Les canaux de Warthon, quelquefois déviés, sont toujours restés perméables. On voit la salive sourdre de leurs orifices.

Au toucher, la muqueuse est unie, lisse. De même que la peau, elle glisse facilement sur les organes sous-jacents. Ce fait n'a rien d'étonnant, puisqu'une couche de tissu cellulaire très lâche, fait une gaine complète à une tumeur de nature nullement inflammatoire.

La palpation, facile, permet de délimiter une tumeur plus ou moins nettement circonscrite, de forme arrondie, sans bosselures. La tension est d'habitude peu prononcée. Le kyste observé par Wright (obs. XXVII) était ferme, celui de Bryant (obs. XI) très tendu, ceux de Gérard-Marchant, Gross et Gallard (obs. XXXII, XX, X) étaient élastiques, mais dans la plupart des cas, la tumeur avait une consistance molle, parfois simplement rénitente, plus souvent fluctuante (13 cas). Ce caractère se perçoit, soit en appliquant

deux doigts sur une des saillies de la tumeur, soit par le toucher bimanuel comme dans le cas de Reclus (obs. XXXIII) et dans le nôtre, de telle sorte que la pression se transmette d'une saillie à l'autre. Dans notre cas, la tumeur était demi-molle. Lorsqu'on pressait sur le point culminant, elle s'élargissait par les flancs, non pas franchement et vite comme pour les tumeurs liquides à fluctuation nette, mais avec une certaine paresse. Cet élargissement lent disparaissait cependant complètement, et la tumeur ne gardait pas l'impression du doigt. Ce signe, décrit par Linhart dans une de ses observations, a été noté une seule fois depuis par Gallard (obs. X). On ne pourrait en rapprocher que le cas de Gruber (obs. XVIII), dont le kyste avait une consistance pâteuse, ou encore celui de Meunier (obs. XV), où une épingle plantée dans le kyste, pouvait être inclinée dans tous les sens, et gardait la position qu'on lui donnait.

La ponction du kyste, avec une seringue de Pravaz, peut donner d'utiles renseignements sur la nature du contenu. Plusieurs fois elle a été faite, alors qu'on croyait avoir affaire à une grenouillette, et a servi à rectifier le diagnostic. A part les kystes mucoïdes, dont le liquide pourra s'écouler, quoique parfois difficilement, il ne se produit aucun écoulement par la canule de la seringue. Plusieurs fois, le trocart a ramené des parcelles de matière caséuse. Une particularité de notre observation est curieuse. La ponction pratiquée dans la poche à demi-décortiquée donna issue à un liquide séreux ; et en effet, le kyste contenait un peu de liquide, en même temps que la matière caséuse notée dans les autres kystes dermoïdes.

Les kystes que nous étudions, se développent et évoluent

sans douleurs spontanées, ce qui explique qu'on les méconnaisse souvent à leur début, parfois même fort longtemps après. C'est ainsi que le malade de Meunier (obs. XV) âgé de 52 ans, vint consulter M. Desprès pour des hémorroïdes. Il fut tout surpris lorsque le chirurgien, remarquant le timbre particulier de sa voix, lui demanda s'il n'avait rien dans la bouche. Malgré sa réponse négative, M. Desprès insista, et par un examen direct, constata alors la présence d'un kyste volumineux du plancher de la cavité buccale. La pression à la surface du kyste, la compression de la masse, par les doigts, du chirurgien est indolente.

Nous avons déjà vu que la succion peut être entravée chez les nouveau-nés. Chez l'adulte, les troubles fonctionnels sont habituellement peu prononcés, ils dépendent surtout du volume de la tumeur. Celle-ci se développe du côté où elle rencontre une résistance moindre. Lorsqu'elle se porte vers la région sus-hyoïdienne, le malade n'en éprouve que peu de gêne, il n'en est pas de même, lorsqu'elle fait une forte saillie dans la bouche. Si le kyste est volumineux, il peut en résulter un embarras dans la prononciation, une altération du timbre de la voix. Ce fait très fréquent a été noté 19 fois, il est commun à toutes les tumeurs intra-buccales, en particulier à la grenouillette. La langue, refoulée en haut et en arrière, gêne parfois la déglutition (11 fois). La mastication est même quelquefois difficile, en raison de l'oblitération de la cavité buccale par une masse trop volumineuse (7 fois). Deux cas surtout ont été accompagnés de gêne considérable. Wright (obs. XXVII) a vu, chez une fillette de 6 ans, un kyste lingual assez volumineux, pour empêcher les fonctions de la bouche. La lan-

gue faisait au devant des incisives une saillie de deux pouces et demi. L'enfant pouvait avec un grand effort faire rentrer la langue dans la bouche, mais elle la laissait d'habitude pendante au dehors. Dans un autre cas, observé par Reclus (obs. XXXVI), il était impossible au malade de prendre la moindre nourriture, on ne pouvait l'alimenter que par l'artifice d'une sonde nasale ; la cavité buccale était oblitérée par l'accroissement subit d'une tumeur, qui refoulait la langue en arrière, et s'appliquait sur la voûte palatine, occupant tout l'espace situé entre les arcades dentaires et le pharynx. Malgré cet état, les fonctions respiratoires étaient à peu près intactes, sauf lorsque le malade faisait un effort.

En effet, la respiration n'a jamais été compromise. A peine cite-t-on un peu d'oppression, dans les cas de Denonvilliers et Verneuil, Ferron et Gérard-Marchant (obs. VIII, XXXV et XXXII).

Les déformations du squelette ont été notées quatre fois. Dans le cas de Denonvilliers et Verneuil, le bord alvéolaire était déformé, il était projeté en avant, devenu presque horizontal, les incisives inférieures étaient très saillantes. Chez le malade de Verchère et Denucé (obs. XXIX) les dents incisives et les canines inférieures étaient repoussées en avant et obliques, par rapport à la gencive. Le maxillaire inférieur était repoussé de même, et si les molaires inférieures rencontraient les supérieures, il existait sur la ligne médiane, un écartement de trois centimètres, que le rapprochement des arcades dentaires ne pouvait combler. Wright et Lediard (obs. XXVII et XLI) ont noté des déformations osseuses analogues. Il faut remarquer que dans

ces cas, rares d'ailleurs, il s'agissait toujours de kystes volumineux et exclusivement buccaux.

MARCHE. — Ces tumeurs à leur début, nous l'avons dit, passent le plus souvent inaperçues ; lorsqu'elles ont été reconnues, on constate qu'elles s'accroissent très lentement, au point de paraître quelquefois rester stationnaires pendant de longues années. Ainsi le kyste de Neumann (obs. XIII), appartenant à un homme de 52 ans, constaté depuis la naissance, n'avait pris un accroissement rapide notable que depuis les dernières années. Et en effet, les kystes, après une marche très lente, semblent s'accroître à un moment donné plus rapidement. Les malades racontent que leur tumeur, constatée depuis un temps variable, s'est accrue notablement depuis quelques mois, ou même quelques années. Schmit (obs. XLII) cite un cas, où le malade a vu sa tumeur se développer en quelques jours. Ainsi que le fait remarquer Gérard-Marchant (1), il est difficile d'accepter cette interprétation sous cette forme, et on se demande s'il ne s'agissait pas plutôt de phénomènes inflammatoires, d'une poussée aiguë, qui ont rendu plus évidente une tumeur existant depuis longtemps.

Dans aucune de nos observations le kyste n'est venu s'ouvrir spontanément à l'extérieur, mais comme ce fait a été constaté pour les kystes dermoïdes d'autres régions, on doit admettre la possibilité de cette évolution. Les interventions insuffisantes, ponction, ouverture du kyste suivie de drainage momentané, ont toujours été suivies de récidence, et dans ces cas, les kystes non seulement ont repris leur volume primitif en quelques jours (Schmit), ou quel-

(1) GÉRARD-MARCHANT, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1891, p. 26.

ques mois (Verchère et Denucé), mais ont présenté des phénomènes inflammatoires plus ou moins accentués (Reclus, obs. XXXVI).

PRONOSTIC. — Le pronostic des kystes dermoïdes est assez sérieux. A part un cas où la tumeur empêchait totalement la succion chez un nouveau-né (obs. VII), et compromettait ainsi l'existence, jamais, il est vrai, l'état général du malade n'a été atteint, dans les autres observations que nous rapportons, même dans le cas de tumeur très volumineuse et enflammée (Reclus, obs. XXXVI). La gravité relative de ces kystes vient de ce qu'ils n'ont aucune tendance à rétrocéder. La tumeur grossit, elle peut arriver, et nous avons vu que le fait est assez fréquent, à atteindre un volume assez considérable, pour rendre impossibles les mouvements de la langue. D'autre part, elle peut s'enflammer soit spontanément, soit après une intervention incomplète, s'ouvrir, et alors s'établit une fistule intarissable qui ne pourra être oblitérée qu'à la suite de l'extirpation complète de tout le kyste. Toujours, quand on a pratiqué cette ablation complète, les malades ont guéri promptement. Les troubles de la mastication, de la déglutition, de la phonation et de la respiration ont disparu. On a même vu les déformations des dents et du maxillaire se corriger partiellement (Wright, obs. XXVII). Il n'y a jamais eu de récédive.

Diagnostic.

Le diagnostic a une grande importance au point de vue du traitement. Il est des cas, où il ne présente aucune difficulté. Si l'on se trouve en présence d'une tumeur congénitale, exactement médiane, à marche lente sans réaction inflammatoire, indolente, ayant une mollesse particulière ou de la fluctuation, opaque ou de coloration blanchâtre ou jaunâtre, si en même temps les canaux de Warthon sont perméables, il n'y a pas à hésiter et une ponction exploratrice serait superflue.

Mais il est rare que le kyste se présente avec tous ces signes, et parfois ce n'est qu'en éliminant successivement chacune des tumeurs, dont l'existence a été signalée dans cette région, que l'on arrive, par exclusion, à la vérité. Ce qui tendrait à prouver la difficulté du diagnostic, c'est le nombre d'erreurs qui ont été commises, et n'ont été rectifiées qu'après une ponction, ou même pendant l'opération. Dans notre observation, les caractères de tumeur congénitale, médiane, etc. étaient assez nets pour faire affirmer le diagnostic. La fluctuation superficielle très nette, tenait à la présence de liquide à la partie culminante du kyste, alors que la matière butyreuse en occupait les parties déclives. Seule, une ponction faite pendant l'opération, et ayant amené du liquide, fit hésiter quelque peu le diagnostic, confirmé d'ailleurs immédiatement par la suite de l'intervention.

Parmi les tumeurs avec lesquelles il serait possible de confondre un kyste dermoïde, nous ne signalerons, ni les tumeurs solides ulcérées, ni les abcès froids.

La confusion a eu lieu le plus souvent avec la grenouillette, qui peut offrir, avec un kyste dermoïde, bien des caractères communs : lenteur de développement, indolence, fluctuation, et dans certains cas, siège à peu près médian. Mais quelle que soit leur variété, les grenouillettes sont des tumeurs sublinguales, sous-muqueuses, à parois minces, translucides, rosées ou bleuâtres, et toujours latérales. Ces caractères suffisent à différencier les kystes mucoïdes. Ainsi que le fait remarquer Delens (1), la migration d'une grenouillette sublinguale, venue faire saillie à la région sus-hyoïdienne, à travers un interstice musculaire, constitue la grenouillette sus-hyoïdienne. Mais la tumeur sublinguale a précédé, dans la plupart des cas, la tumeur sus-hyoïdienne ; celle-ci, acquise, ne s'est développée que tardivement, la fluctuation très nette est perçue par les doigts explorateurs, qui renvoient le liquide d'une poche dans l'autre. La tumeur sus-hyoïdienne de Delens, outre son siège, est caractérisée par sa mollesse remarquable et ses limites indécises. Si, lorsque son volume devient considérable, elle peut dépasser un peu la ligne médiane, cependant, elle est exclusivement latérale, et répond exactement par sa base à l'une des branches horizontales du maxillaire inférieur.

Toutes ces remarques diagnostiques s'appliquent encore aux kystes séreux du plancher de la bouche, développés dans la bourse séreuse de Fleischmann, et dont les carac-

(1) DELENS, *Revue de chirurgie*, 1886.

tères : situation médiane, indolence, opacité et épaisseur des parois, perméabilité des canaux de Warthon, pourraient en imposer. M. Gérard-Marchant a fait remarquer que dans les observations publiées, aucun cas de kyste dermoïde ne prêtait à la confusion avec les kystes séreux.

Les grenouillettes sanguines de Dolbeau, ou tumeurs érectiles du plancher de la bouche, n'ont de commun, avec les kystes que nous étudions, que leur origine congénitale et leur marche lente. Leur couleur est violacée, elles sont réductibles, et leur volume se modifie pendant les cris et les efforts. L'hésitation n'est pas possible.

Enfin pour en finir avec les tumeurs liquides, il faut mentionner les kystes hydatiques, qui ont été vus 2 fois au plancher de la bouche. Un de ces cas, décrit par Gosselin, chez un homme de 68 ans, était latéral. Dans l'autre observation, appartenant à M. Reclus, une femme de 38 ans portait un kyste situé entre les génio-glosses, et proéminent vers le plancher buccal. Le diagnostic ne pourrait guère être fait, si la tumeur était médiane, autrement que par la ponction. Heureusement, une erreur ne porterait aucun préjudice au malade, ces 2 variétés de tumeurs étant justiciables du même traitement.

Les lipomes du plancher buccal, nommés aussi improprement, grenouillettes graisseuses, ont quelques symptômes communs avec les kystes dermoïdes, entre autres, la fausse fluctuation. Outre que ces tumeurs sont très rares, leur origine n'est pas congénitale, leur marche est lente et progressive, elles font volontiers saillie à la région sus-hyoïdienne, leur forme est plus ou moins irrégulière, leur enveloppe mince permet quelquefois de reconnaître par

transparence leur coloration jaunâtre, ils ont à la palpation, non pas une consistance molle, pâteuse, souvent fluctuante, comme les kystes dermoïdes, mais donnent une sensation particulière, désignée sous le nom de collision crépitante.

En résumé, le diagnostic ne présente pas de difficultés sérieuses, et nous croyons que s'il n'a pas été fait plus souvent, c'est qu'on ne pensait pas aux kystes dermoïdes.

Traitement.

Nous nous contenterons de citer pour mémoire, les procédés employés autrefois dans le traitement des kystes dermoïdes du plancher de la bouche :

Le passage d'un séton au travers de la tumeur, dans le but d'amener l'élimination de la paroi du kyste, après suppuration ; l'incision simple, ou l'excision d'une partie de la poche, suivie ou non de cautérisation au nitrate d'argent, au chlorure de zinc, ou autres caustiques. Tous ces procédés sont lents ; ne permettant que difficilement la destruction complète de la poche, ils sont inefficaces, et les complications inflammatoires qu'ils peuvent provoquer les rendent même dangereux.

Un seul traitement s'impose, c'est l'extirpation totale.

Mais ici les avis diffèrent sur la voie à suivre. Les uns (Ozenne, Verneuil) conseillent d'opérer le kyste par la bouche, les autres (Reclus, Gérard-Marchant) préfèrent l'incision cutanée sus-hyoïdienne.

L'étude des 34 observations dans lesquelles le procédé opératoire est indiqué, montre que 24 fois le kyste a été opéré par la bouche, 10 fois seulement par incision cutanée.

La voie buccale a été préférée pendant longtemps. Il semble plus simple d'opérer par la bouche ; la tumeur faisant saillie sous la langue, on a une épaisseur moindre de tissus à inciser. A cet avantage, se joint celui d'éviter une cicatrice disgracieuse. De plus l'extirpation buccale du kyste

n'a jamais été suivie d'accidents sérieux. Lorsque la récidi-
ve s'est produite, elle tenait toujours à l'insuffisance du
procédé opératoire (passage d'un séton, obs. VII ; cautéri-
sation à la teinture d'iode, obs. VIII). Les seuls accidents
qui aient été notés sont : le gonflement de la région sus-
hyoïdienne et sublinguale, accompagné de fièvre pendant
quelques jours (obs. XIX et XXI) ; une légère hémorrhagie
quelques heures après l'opération (obs. XXXIV) ; enfin,
une hémorrhagie secondaire s'est produite, le 7^e jour après
l'opération, dans le cas que nous rapportons (obs. I). Il
faut remarquer, cependant, que cette hémorrhagie coïncida
avec la menstruation. Ces différentes complications n'ont
jamais présenté de gravité, dans aucun cas, la guérison ne
s'est fait attendre. Une antisepsie rigoureuse, possible
même dans cette région, donnerait des résultats très satis-
faisants.

La voie sus-hyoïdienne a été suivie tout d'abord par
Gross (obs. XX), pour un kyste ne faisant aucune saillie du
côté du plancher buccal, puis par Barker (obs. XXIV), Gé-
rard-Marchant (obs. XXXII), Reclus (obs. XXXIII), etc.
La tendance actuelle des chirurgiens est d'abandonner pres-
que complètement la voie buccale. On peut en juger, par la
discussion qui eut lieu récemment à la Société de chirur-
gie, à la suite de la présentation par M. Monod (1) d'une
observation de kyste latéral du plancher buccal.

Ainsi que l'a montré M. Reclus (2), cette voie permet
d'aborder facilement la tumeur, on évolue à l'aise, on ma-

(1) MONOD, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1891, p. 482. Note sur le dia-
gnostic et le traitement des kystes dermoïdes du plancher de la bouche.

(2) RECLUS, *Gazette hebdomadaire*, 1887.

nœuvre à découvert, on n'est pas gêné par les lèvres, les arcades dentaires, la langue. L'anesthésie est facile et sans danger. On ne risque pas de blesser les canaux de Warthon (accident qui n'a d'ailleurs jamais été noté). De plus, la déclivité entraîne le sang et les liquides sécrétés par la plaie, il n'y a pas de cul-de-sac profond, anfractueux, que crée l'extirpation buccale, et où peuvent s'accumuler le pus, la salive, et toutes les substances septiques. La grosse objection, c'est la cicatrice. MM. Reclus et Gérard-Marchant n'en tiennent aucun compte. En effet on peut être certain, avec des précautions antiseptiques, d'obtenir une réunion primitive, qui donnera une cicatrice linéaire, à peine visible lorsque le malade lève la tête, et dissimulée par la saillie du menton.

L'observation que nous rapportons paraît peu propre à trancher le différend, entre les partisans de la méthode buccale et sus-hyoïdienne. Nettement sublingual, et sans proéminence sus-hyoïdienne, facile à extirper, sans léser les canaux de Warthon, qu'on avait sous l'œil, ce kyste se prêtait à l'ablation par la voie buccale, d'autant plus qu'il s'agissait d'une jeune fille. Sans doute, et bien qu'il en ait paru, la suppuration s'est produite à un degré quelconque, puisqu'il y a eu une hémorrhagie secondaire. Mais, outre qu'on peut faire valoir la date de l'apparition de celle-ci — le soir du retour des règles, — c'est là un accident facile à conjurer par des lavages fréquemment répétés. Enfin ce n'est pas un argument qui empêche d'extirper les grenouillettes par la même voie, à peu près de la même façon, et avec des soins ultérieurs identiques.

Quoi qu'il en soit, la voie sus-hyoïdienne est préférable

dans la grande majorité des cas. Toutefois, si l'on se trouve en présence d'une tumeur linguale, ou petite et très superficielle du plancher buccal, on pourra opérer par la bouche. S'il s'agissait d'une jeune fille, il est évident que ces restrictions à l'opération sus-hyoïdienne n'en seraient que plus fortement indiquées.

Les règles opératoires indiquées par Reclus (1) sont les suivantes : incision sur la ligne médiane, de toute la convexité de la tumeur, du bord inférieur du maxillaire à l'os hyoïde. Les muscles génio-hyoïdiens découverts et la sangle musculaire du mylo-hyoïdien seront séparés par la sonde cannelée, et retenus à droite et à gauche par des écarteurs. La partie mise à nu sera ponctionnée, comme le serait un kyste de l'ovaire, puis lorsqu'elle ne contiendra plus qu'une petite quantité de matière butyreuse, l'orifice sera oblitéré avec une pince à forcipressure. On tirera alors sur la tumeur qui s'énucléera, lorsqu'on l'aura libérée de ses adhérences avec l'os hyoïde ou les apophyses géni. Il sera prudent de ruginer le point d'insertion osseux s'il existe, à l'exemple de Nicaise et Combalat.

Si l'on a opéré par la bouche, l'extirpation du kyste peut-être moins facile que par la voie sus-hyoïdienne, ne présente cependant pas d'indications spéciales. Il n'en est pas de même du traitement de la plaie opératoire.

On s'est souvent contenté de laver fréquemment la plaie sans la suturer (Verneuil). La statistique a prouvé, que cette manière de faire avait eu en somme peu d'inconvénients. Ces légers inconvénients eux-mêmes, ne pourraient-ils pas être évités, par l'emploi des procédés en usage dans

(1) RECLUS, } *Loc. cit.*

des régions plus septiques encore que la bouche ? Une suture profonde en surjet permettra l'accolement des parois et du fond de la cavité opératoire, qui sera ainsi comblée. De plus, on pourra faire sur les deux lèvres de la muqueuse des sutures au catgut à petits points rapprochés, de façon à obtenir un accolement intime des surfaces cruentées, et s'opposer à la pénétration des microbes venus de la bouche. Ce procédé a réussi, et a donné une réunion par première intention aux chirurgiens qui l'ont appliqué à l'extirpation des fistules de la région anale. De fréquents lavages buccaux antiseptiques éviteront l'infection de la plaie. Il est évident que la suture sera toujours possible, la muqueuse ayant été distendue par la tumeur, se réunira facilement. Le sphacèle au niveau des points de suture n'est pas à redouter, en raison de la vascularisation de la région.

Ces précautions permettront de ne pas rejeter, d'une façon aussi absolue que le voulaient MM. Reclus et Gérard-Marchant, la voie buccale, cette voie qui évitera la cicatrice redoutée de tous et surtout des femmes.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (due à l'obligeance de M. J. ARROU, interne des hôpitaux). — Marie Delange, 46 ans, domestique, entre en décembre 1890 à l'Hôtel-Dieu, dans le service du professeur Verneuil, salle Notre-Dame, n° 5.

Ses antécédents héréditaires et personnels ne comprennent rien de particulier ; la santé générale est excellente, et la seule raison qui l'amène, est la présence dans la bouche d'une tumeur qui gêne les mouvements de la langue. Cette tumeur est très vraisemblablement congénitale ; en effet, elle existe depuis la première enfance, et il y a au moins 12 ans que la malade la connaît.

D'abord grosse comme « une petite glande », et toujours nettement médiane, elle a crû progressivement avec l'âge, sans brusquerie, sans accidents d'inflammation quelconque, gênant fort peu. Toutefois, cette marche tranquille paraît s'être activée dans ces dernières années, et c'est cette rapidité relative d'évolution, surtout apparente depuis 3 ans, qui effraie quelque peu la malade, et la porte à réclamer une intervention.

Voici les détails relevés dès l'entrée et confirmés par des examens successifs.

On aperçoit sur le plancher de la bouche, au-dessous de la pointe de la langue, une tumeur qui s'offre avec les caractères suivants : Le siège en est exactement médian, elle ne déborde pas plus à gauche qu'à droite.

Son volume est celui d'une noix verte, nettement arrondi de partout, sans bosselures. Ces détails sont faciles à saisir, car la tumeur s'offre en majeure partie au-dessus du plan du plancher buccal, dépassant légèrement le niveau de l'arcade dentaire, et reportant en

haut et en arrière la pointe de la langue. Elle ne proémine pas dans la région sus-hyoïdienne. Le doigt qui explore par cette voie s'aperçoit mal de sa présence. Il sent au contraire et très nettement la sangle musculaire du mylo-hyoïdien, et le relief que forment sur les côtés de la ligne médiane les 2 ventres antérieurs des digastriques, dans l'abaissement volontaire de la mâchoire. Pas plus entre eux que sur leurs côtés ne paraît s'engager de prolongement de la tumeur. Même lorsque la bouche est fermée, il faut être prévenu pour s'apercevoir que le plancher est très légèrement abaissé sur la ligne médiane (contesté même par quelques-uns).

La muqueuse a conservé sa couleur habituelle, elle est même un peu plus rouge que normalement sur la partie la plus élevée de la tumeur, et cela avant tout examen ayant pu l'irriter. Nul point offrant soit une teinte jaunâtre, soit la coloration bleutée de la plupart des grenouillettes.

La consistance explorée par le double toucher (buccal et sus-hyoïdien), révèle des particularités qu'il semble utile d'exposer avec quelques détails. Cette consistance est demi-molle. Quand on presse sur le point culminant de la tumeur, celle-ci s'élargit par les flancs, mais non franchement et vite, comme le font les tumeurs liquides à fluctuation nette ; il semble que cette réaction sous le doigt se produise avec une certaine paresse, comme s'il s'agissait d'un contenu demi-liquide seulement. Si l'élargissement latéral est lent à se produire et lent à disparaître, il disparaît cependant en totalité, et la tumeur revient à sa forme première. Elle ne garde nulle part l'impression du doigt.

Telles sont les impressions recueillies par le doigt qui explore avec une certaine pression. Si on ne pratique qu'une palpation toute superficielle, la tumeur étant toujours soutenue par la main sus-hyoïdienne, on a la sensation d'une fluctuation très nette localisée à la partie culminante de la poche.

On ne peut savoir si la tumeur adhère profondément, ni à quel organe ces adhérences peuvent exister. Si elle touche latéralement le maxillaire, et ne peut être mobilisée dans ce sens, en revanche, son va-et-vient dans le sens vertical est facile à obtenir. Le doigt qui s'en-

gage assez mal entre elle et le maxillaire par défaut d'espace n'a aucune sensation de bride fibreuse la reliant à l'os.

Le maxillaire ni les dents ne sont déformés ; la poche n'a d'ailleurs aucun rapport avec celles-ci.

Enfin, dernier détail important, c'est tout à fait à la partie antérieure de la tumeur, qu'on trouve les orifices des canaux de Warthon, faciles à apercevoir, peu écartés l'un de l'autre, mais plutôt reportés en avant et en haut.

Tels sont les caractères objectifs de cette tumeur au demeurant peu gênante, car ni la mastication, ni la déglutition ne sont vraiment entravées. L'articulation des mots est plus atteinte, la voix de grenouille est des plus manifeste. Ce dernier détail, joint au souci de voir croître indéfiniment une tumeur déjà ancienne, mais non douloureuse, est la raison de l'entrée de la malade à l'hôpital.

Le diagnostic de tous fut « kyste dermoïde du plancher de la bouche », répondant à la variété ad-génien de Gérard-Marchant. Trop de raisons plaidaient en faveur de cette opinion pour que le doute fut possible : caractère net de congénitalité, siège médian, évolution progressive, absence de la coloration spéciale aux grenouillettes, consistance particulière. Encore ce dernier détail eût-il pu conduire à une fausse interprétation, en raison du certain degré de fluctuation noté tout à l'heure. Mais on passa outre provisoirement pour y songer de nouveau plus tard, quand un détail anatomique (présence de liquide dans la poche), vint donner la raison de son existence. On ne pratiqua pas de ponction, et peut-être eût-on lieu de s'en féliciter, comme il sera dit plus bas.

L'opération fut pratiquée par M. Verneuil le 18 janvier, et conduite de la façon suivante. Chloroforme. Incision transversale de 3 centimètres, à 8 ou 10 millimètres en arrière des canaux de Warthon très apparents. Peu de sang. Le bistouri est abandonné, et les doigts suffisent à décortiquer une tumeur libre partout d'adhérences solides, sauf au niveau des apophyses génî. En ce point, l'opérateur rencontre une bride fibreuse courte (3 à 4 millimètres environ, assez résistante, mais qui cède à la traction, sans qu'il soit même nécessaire d'y porter les ciseaux. Pas d'adhérences au tissu musculaire. La

poche était comme encapsulée dans un tissu cellulaire peu résistant, l'isolant de tous les organes voisins. Son ablation faite, un tamponnement de quelques minutes arrête toute trace d'hémorrhagie, et la plaie fut simplement bourrée de gaze iodoformée, sans sutures.

Mais le point intéressant a trait à une ponction qu'on fit dans la poche à demi-décortiquée, dans le but de recueillir à la pipette, et d'examiner au point de vue bactériologique une partie de son contenu. Cette ponction donna issue à du liquide à peine citrin, d'apparence séreuse. Une certaine hésitation suivit cette ponction, quant à la valeur du diagnostic posé, mais quelques grumeaux blanchâtres venant à la suite du liquide, et d'ailleurs trop d'autres signes, firent revenir à l'idée de kyste dermoïde. La suite de l'opération en démontra la justesse.

Les suites furent simples. Lavages au chloral 2 0/00 fréquents ; le tampon est enlevé après 24 heures. Pas de fièvre. Il ne parut pas trace de suppuration, mais il est certain qu'il se forma du pus, car une hémorrhagie secondaire se produisit le 7^e jour. Elle fut arrêtée par la compression, et la guérison reprit son cours. Il faut remarquer que cette hémorrhagie secondaire coïncida avec la menstruation. Le 15^e jour, la malade quittait l'hôpital. La cicatrisation atteignait le niveau du plancher, les douleurs étaient nulles, à peine une certaine sensation de gêne au niveau de la cicatrice récente.

Voici les analyses faites par M. Beretta, chef du laboratoire à l'Hôtel-Dieu, que je tiens à remercier ici, du soin tout particulier qu'il a mis à compléter cette observation.

Analyse bactériologique. — « Pendant l'opération, après que M. Verneuil eût incisé et disséqué la muqueuse du plancher de la bouche, j'ai plongé une pipette au travers de la paroi de la poche. J'ai retiré ainsi une certaine quantité de liquide séreux, bientôt suivi de légers fragments de matière molle blanchâtre. Malheureusement une des pinces qui écartaient la muqueuse fut trop tôt déplacée, et un peu de sang se répandit sur la paroi ».

« La tumeur une fois enlevée, je la piquai de nouveau après stérilisation de sa surface. J'ensemenciai 2 tubes de bouillon peptonisé. Le premier, dont j'avais lieu de me défier, en raison du petit acci-

dent signalé plus haut, me donna des microcoques, mais le second, pour lequel toute cause d'erreur avait été écartée, resta limpide. Conclusion : pas de micro-organismes ».

Analyse histologique. — La tumeur du volume d'une petite mandarine, était remplie (sous la couche de liquide séreux évalué à 2 ou 3 grammes), d'un mastic blanc-grisâtre, représentant exactement comme couleur et aspect général, la glace au café. Ce mastic se montra formé de cellules plates, sans noyaux, ne se colorant pas. De plus, quelques tables de cholestérine.

La tumeur vidée, puis bourrée de coton fut conservée dans le liquide de Muller.

Un fragment de la paroi a été coupé après durcissement, entre deux morceaux de moelle de sureau. Son épaisseur est d'environ un millimètre. Sa structure est caractéristique. On trouve en allant du dehors vers l'intérieur du kyste :

1^o Des fibres de tissu conjonctif avec des cellules. Ces fibres sont disposées parallèlement à la paroi, et supportent à la façon du derme ;

2^o Un épithélium pavimenteux stratifié. Le premier rang adossé à la paroi conjonctive est formé de cellules hautes, perpendiculaires à l'enveloppe conjonctive ; les cellules des autres couches sont de plus en plus aplaties. Toutes ces cellules sont munies d'un noyau. On distingue très bien à la limite, un *stratum granulosum* dont l'éléidine s'est fortement colorée par le picro-carmin. Au delà commence la couche cornée qui se résout en des cellules plates, sans noyaux, constituant le mastic.

OBSERVATION II (JOURDAIN). — *Traité des maladies de la bouche* in LANDETTA. Thèse de Paris, 1863. — Il s'agit dans ce fait d'un jeune homme de 22 ans, Etienne Ray. La maladie débuta en 1755, par le menton ; puis elle grossit jusqu'en 1761, époque de l'opération. M. Puy, pensant que c'était une grenouillette, fit une incision sur la tumeur, depuis les deux incisives jusqu'au delà du frein. Il en est sorti environ une demi-livre d'humeur semblable à la substance du cerveau, avec cette différence qu'elle avait un peu moins de consistance.

Cette observation assez incomplète est extraite du *Traité des maladies de la bouche*, par Jourdain (t. II, 1778, p. 558).

OBSERVATION III (JOURDAIN, *eodem loco*). — G. Poirieu, âgé de 26 ans, tumeur sublinguale, gênant la déglutition, faisant saillie au dehors ; incision ; issue d'une grande quantité d'humeur de la nature du mélécérus.

OBSERVATION IV (SYME in BERTHERAND). — Thèse de Strasbourg, 1845. — Une fille de 24 ans avait une tumeur assez volumineuse pour dérober la langue presque entièrement à la vue, et faire saillie sous le menton ; elle existait depuis l'enfance, et ne s'était sensiblement développée que depuis quelques mois. M. Syme diagnostiqua une grenouillette, présumant toutefois que ce pourrait bien être une tumeur lypomateuse ou une poche remplie d'une matière très ferme. Une incision mit à nu un kyste épais, de couleur jaune, renfermant une matière grisâtre d'apparence lardacée, du volume d'un œuf de poule d'Inde.

OBSERVATION V (LINHART). — *Gaz. hebdom. de méd.*, 1857, p. 134. Extrait de *Oesterreichische Zeitung*, 1857. — Une fille de 21 ans s'était aperçue depuis 2 ans de l'existence sous la langue, d'une tumeur aplatie, qui au commencement, n'avait nullement gêné la parole, mais qui dans les 6 derniers mois, avait grossi notablement. Le plancher buccal était déprimé, et il existait, dans la région sus-hyoïdienne, une saillie tendue et fluctuante. Quand la malade ouvrait la bouche, on voyait au-dessous de la langue la muqueuse soulevée par une tumeur qui occupait tout le plancher de la bouche, et dont les bords touchaient les dents de la mâchoire inférieure. A la face supérieure de la tumeur, la pointe de la langue était à peine reconnaissable dans une saillie qui n'avait guère que 2 lignes de longueur ; naturellement elle ne pouvait être portée en avant. La muqueuse, qui recouvrait le kyste, était mobile et présentait sur la ligne médiane une corde tendue, correspondant au frein de la langue. Les conduits excréteurs des glandes sublinguales se voyaient à la partie

inférieure et latérale de la tumeur, très près du plancher buccal. La fluctuation était surtout évidente quand on appliquait les doigts d'une main sur la tumeur, au-dessous du menton. Une salive abondante s'écoulait par la bouche quand la malade essayait de parler. Déglutition difficile, rendant presque impossible l'usage d'aliments solides. Comme la tumeur ne présentait point cet aspect bleuâtre, qu'on observe dans les cas de kyste séreux, on diagnostiqua un kyste athéromateux.

Opération. Une incision courbe, à convexité dirigée vers la mâchoire, divisa la muqueuse qui recouvrait le kyste ; le lambeau, ainsi taillé, fut disséqué et relevé vers la langue. Une autre incision faite sur la ligne médiane, en ménageant les ouvertures des glandes salivaires, sépara en deux moitiés la muqueuse en avant. De chaque côté de la ligne médiane, on voit alors les cordes formées par les muscles génio-glosses. On les divisa transversalement sur la sonde cannelée, dans toute l'étendue de la plaie de la muqueuse. Avec le doigt et le manche du scalpel, on chercha alors à circonscrire la tumeur ; mais glissant sur le muscle génio-glosse, le doigt s'engageait dans l'espace triangulaire compris entre les génio-glosses et mylo-hyoïdien. On parvint cependant à isoler le kyste dans toute sa périphérie, mais comme il était trop volumineux, il fut impossible de l'extraire par la bouche. Une ponction donna issue à un peu de sérosité jaunâtre, puis à une substance blanche et athéromateuse. Ainsi réduite d'un bon tiers de son volume, la tumeur put être amenée au dehors. Après qu'elle eut été extraite, l'espace qu'elle avait occupé se trouva converti en une fente profonde, au fond de laquelle on pouvait sentir l'os hyoïde. Le doigt reconnaissait également les incisions faites sur le bord supérieur des génio-glosses. Il survint au bout de 2 jours, un gonflement énorme de la région, mais cet accident se dissipa promptement ; la suppuration fut peu abondante, et la guérison fut complète dans l'espace de onze jours.

OBSERVATION VI (LINHART). — *Gaz. hebdom.*, 1858, p. 502. Extrait de *Oesterreichische Zeitung*, 1858, n° 14. — Un homme âgé de 28 ans, entré à l'hôpital Julius le 7 janvier 1858, présentait sur le plancher

buccal une tumeur hémisphérique, dont la face convexe touchait la voûte palatine, qui empêchait le rapprochement complet des mâchoires, et gênait la mastication et l'articulation des sons. Cette tumeur était recouverte par la muqueuse du plancher de la bouche, sous laquelle on voyait le trajet oblique d'arrière en avant et de dehors en dedans des canaux excréteurs des glandes sublinguales. Une veine assez volumineuse passait sur le milieu de la face convexe. La pression du doigt aplatisait cette tumeur, y produisait des dépressions qui ne disparaissaient que par les mouvements de la langue. Le kyste avait une consistance pâteuse et était complètement indolent. Quand on disait au malade de tirer la langue, la pointe de l'organe atteignait la partie culminante de la tumeur, où elle touchait à la voûte palatine. On diagnostiqua un kyste dermoïde, ou à contenu athéromateux. Sa situation précise sur la ligne médiane, entre deux saillies longitudinales, formées par le bord des muscles génio-glosses, permet d'en déterminer exactement le siège. Le 16 janvier, on en pratiqua l'extirpation par la bouche : une incision longitudinale, faite sur la ligne médiane, n'intéressant ni la veine mentionnée plus haut, ni les conduits excréteurs, permit de détacher et d'énucléer la tumeur, dont les adhérences avec les parties voisines étaient extrêmement lâches ; cette séparation fut faite en grande partie avec le doigt et le manche du scalpel. Il s'écoula très peu de sang pendant l'opération, et pour prévenir les hémorrhagies secondaires, on donna fréquemment au malade de petits morceaux de glace dans la bouche. Une bandelette de linge fut placée entre les lèvres de l'incision faite à la muqueuse, pour empêcher leur accollement. La tumeur enlevée dépassait en volume un œuf d'oie, et contenait une matière épaisse et blanche, dans laquelle étaient disséminés de nombreux poils courts et incolores. Il ne survint point d'accidents, et le malade put être considéré comme guéri complètement dès le huitième jour après l'opération.

OBSERVATION VII. — RICHEL, in thèse LANDETTA. Paris, 1863. — A la fin du mois d'octobre 1860, Mme X... vient consulter M. Richet à l'hôpital St-Louis pour son enfant âgé de quelques jours ; il est né

le 2 octobre 1860. La mère de cet enfant raconte qu'il a toutes les peines à prendre le sein depuis quelques jours ; à mesure que l'enfant avance en âge, cette difficulté augmente, et la mère inquiète, voyant son enfant dépérir, désire en connaître la cause. M. Richet, en examinant la bouche du petit malade, vit la langue soulevée par une tumeur de la grosseur d'une petite noix située sur le plancher buccal qu'elle remplit presque en entier. Cette tumeur donne la sensation de fluctuation ; elle est lisse et oblongue d'avant en arrière, à surface arrondie. M. Richet pensa à une grenouillette ordinaire. Le siège, la forme de la tumeur et la sensation de fluctuation lui firent porter ce diagnostic. M. Richet traversa la tumeur avec une aiguille conduisant un fil qu'il laissa en place. Mais lorsque le séton fut passé, il ne s'écoula pas de liquide, et, à sa place, le kyste donna lieu à la sortie d'une matière solide semblable à de la matière sébacée. L'enfant garda son séton jusqu'au mois de janvier 1861, sans grande diminution de la tumeur. A cette époque, M. Richet retira devant nous le premier séton, et en appliqua un nouveau avec un fil plus gros, l'enfant était très amaigri. Vers la fin du mois de janvier, la mère revint avec son enfant et la tumeur avait un peu diminué de volume, elle était encore molle ; mais la guérison ne faisant pas de progrès jusqu'au 15 février, époque à laquelle elle ramena l'enfant de nouveau, M. Richet retira le séton, excisa une portion de la paroi du kyste et cautérisa le fond avec le nitrate d'argent. Cette opération ne fut pas suivie d'accidents sérieux, et le 2 mars, nous revoyons l'enfant qui a beaucoup repris et tette facilement. L'examen local fait constater l'absence de la tumeur. Nous croyons tous à une guérison. Presque tout le mois se passa sans revoir l'enfant. Vers la fin du mois de mars la mère le ramène, et nous constatons une légère saillie arrondie du plancher buccal, la tumeur se reproduit. M. Richet demande à la mère quelques jours encore avant de tenter une nouvelle opération. Depuis ce moment, celle-ci n'a plus conduit son enfant, et nous n'en avons plus entendu parler.

OBSERVATION VIII. — DENONVILLIERS et VERNEUIL, in thèse LANDETTA. Paris, 1863. — Le nommé Nisen, âgé de 28 ans, journalier,

entre, le 28 décembre 1860, à l'hôpital St-Louis, salle St-Augustin, n° 72, pour une tumeur très considérable occupant le plancher de la bouche. Cet homme fait remonter à son enfance le début de sa maladie. A l'âge de 6 à 8 ans, il commença à remarquer une petite tumeur indolente située sur le plancher de la bouche, au-dessous de la langue, et occupant la ligne médiane. Cette tumeur, qui avait d'abord le volume d'une noisette, lorsque le malade s'aperçut de sa présence, grossit peu à peu et depuis 2 ans, elle a acquis le volume qu'elle présente aujourd'hui. Elle demeure stationnaire, et n'a jamais été le siège d'aucune douleur. Voici les caractères qu'elle offre à l'examen : Elle occupe la totalité du plancher ; elle est du volume d'une petite orange, arrondie, globuleuse, et s'élève de beaucoup au-dessus du niveau de l'arcade dentaire inférieure qui n'a subi aucune déviation. La langue est complètement rejetée en haut et en arrière, cachée par la tumeur ; en sorte que, lorsque le malade ouvre largement la bouche, on aperçoit seulement le bord antérieur de la langue tout à fait au sommet de la tumeur et très rapproché de la voûte palatine. Il est impossible au malade de projeter la langue plus en avant. Les limites postérieures de la tumeur sont très difficiles à apprécier, en raison de son volume considérable ; on peut cependant reconnaître qu'elle s'étend en arrière jusqu'à l'extrémité postérieure de l'arcade alvéolo-dentaire. Il n'existe aucune saillie extérieure dans la région sus-hyoidienne. La muqueuse qui revêt la tumeur est rosée, comme le reste de la muqueuse buccale ; elle présente cependant une coloration légèrement blanchâtre ; mais cette différence de teinte est peu marquée. La muqueuse est parfaitement mobile sur la tumeur, et glisse facilement au-devant de celle-ci. A sa surface on aperçoit les orifices des canaux de Warthon qui laissent s'écouler abondamment la salive sous-maxillaire, sous l'influence de l'excitation la plus légère. La tumeur présente dans toute son étendue une résistance très marquée ; elle est manifestement fluctuante. Elle n'est le siège d'aucune douleur. On comprend aisément combien l'articulation des sons, la mastication, la déglutition et même la respiration doivent être gênées par la présence d'une tumeur aussi considérable, repoussant la langue complètement en arrière, et obstruant en partie

l'ouverture de la cavité buccale. M. Denonvilliers, après l'examen de la tumeur, diagnostiqua une grenouillette constituée par un kyste indépendant des canaux de Warthon. Tous les caractères extérieurs de la tumeur justifiaient pleinement cette opinion. Les commémoratifs seuls, si l'attention s'était portée de ce côté, auraient peut-être pu mettre sur la voie du diagnostic, en montrant que le malade portait cette tumeur depuis son enfance, et peut-être même depuis sa naissance, puisque, lorsqu'il s'en aperçut, elle avait déjà le volume d'une noisette.

Quoi qu'il en soit, M. Denonvilliers décida qu'on ferait une ponction suivie d'une injection vineuse. Le 28 décembre un trocart ordinaire est enfoncé dans la tumeur, mais malgré des pressions assez fortes exercées sur le kyste, il est impossible de faire sortir aucun liquide par la canule. Celle-ci ayant été retirée, on aperçoit, remplissant la petite plaie de l'instrument, et faisant saillie à l'extérieur, une matière concrète, d'un blanc-jaunâtre. On fait aussitôt une incision transversale de deux centimètres, et en comprimant la tumeur, on a extrait une quantité considérable d'une matière demi-molle qui offre la plus grande analogie avec le contenu de certains kystes dermoïdes. Cette matière est d'un blanc-jaunâtre, présentant à peu près la consistance de la châtaigne cuite, homogène, se laissant facilement écraser sous les doigts sans former de grumeaux. On a extrait 100 grammes de cette substance, mais la totalité du contenu du kyste n'a pas été évacuée, et l'extrémité du doigt, introduite dans la cavité montre les parois de celle-ci couvertes de la même matière. Par cette exploration, on sent une poche énorme parfaitement régulière, séparée de la peau de la région sus-hyoïdienne par une grande épaisseur de parties molles. A la suite de cette opération, une mèche de charpie fut introduite dans la cavité kystique. Une inflammation très légère suivit l'ouverture de la tumeur, la suppuration s'établit au bout de 5 à 6 jours. On fait des injections iodées dans la poche.

Aujourd'hui 15 février, la tumeur est considérablement diminuée ; la langue peut être un peu projetée au dehors. La cavité de la poche suppure encore en petite quantité.

Ces renseignements s'arrêtent au mois de février. A cette époque

en effet, tout portait à croire à la guérison du kyste ; mais là comme ailleurs, les kystes dermoïdes ont la fâcheuse propriété de récidiver, lorsqu'on se contente de les vider sans détruire complètement la poche. C'est ce qui arriva dans le cas actuel, ainsi que le prouve la seconde partie de l'observation due à M. Verneuil, qui opéra le malade l'été de l'année suivante 1861. Pendant le printemps de l'année 1861, on avait cessé les injections iodées, vu la disparition de la tumeur. La plaie s'était cicatrisée, mais la tumeur grossissait peu à peu. Enfin au mois de septembre, la tumeur avait acquis le même volume que la première fois. Le bord alvéolaire, dit M. Verneuil, est déformé, il est projeté en avant, devenu presque horizontal, les incisives inférieures sont très écartées. *Opération.* « Je soulève un pli de la muqueuse sur la ligne médiane, et je fais à cet endroit une petite incision de 2 centimètres. Puis je procède à l'énucléation de la tumeur, au moyen d'une sonde cannelée qui glisse sans difficulté entre la face profonde de la muqueuse et la face externe de la tumeur, en contournant celle-ci doucement. J'agrandis alors l'incision primitive, qui présente alors une étendue de 3 centimètres. Ceci fait, je substitue à la sonde cannelée l'extrémité de mon doigt, et je complète sans peine l'énucléation. En refoulant les lèvres de l'incision de la muqueuse, la tumeur sort d'elle-même. Elle était isolée dans presque toute son étendue, cependant je constate à sa partie inférieure une adhérence très solide que je suis obligé de détruire en glissant des ciseaux courbes vers le plancher de la bouche, et en coupant à petits coups. Ces adhérences sont fibreuses et assez résistantes, larges de 7 à 8 millimètres, longues de près de 3 centimètres, allant par conséquent depuis le bord postérieur de la symphyse du menton en avant jusqu'au voisinage de l'os hyoïde en arrière. Elles occupent très exactement la ligne médiane, au niveau de l'interstice des génio-hyoïdiens, que je puis reconnaître à nu, au fond de la plaie. Sauf un léger écoulement sanguin, produit par la plaie faite à la muqueuse buccale, aucun vaisseau considérable n'a été lésé, et l'opération se fait sans hémorrhagie considérable. La tumeur enlevée tout entière n'a pas été ouverte pendant l'opération. Elle présente le volume d'un petit œuf de poule. Les canaux de

Warthon n'ont pas été intéressés, ils étaient probablement refoulés vers les parties inférieures. La cavité qui résulte de l'énucléation est très spacieuse. Sa paroi inférieure est constituée par les muscles du plancher de la bouche, la paroi supérieure, par la face inférieure de la langue. La face profonde de la muqueuse du plancher buccal constitue sa paroi antérieure. La paroi postérieure est formée par la rencontre de la face inférieure de la langue, avec le plancher buccal. Caractères de la tumeur. Elle est très régulière, parfaitement pleine, et constituée par deux tuniques et un contenu. La tunique externe est fibreuse, blanche, résistante, et d'une épaisseur de près de 0 m. 004. La tunique interne, bien séparée de la précédente par une couche de tissu cellulaire lâche, est beaucoup plus mince, légèrement lisse, présentant quelques plis après l'évacuation du contenu ; légèrement rosée et munie d'un réseau vasculaire délié ; après avoir débarrassé cette paroi de la matière qu'elle contient, j'y reconnais très distinctement : 1° un revêtement épithélial stratifié ; 2° une quantité notable de poils follets avec leurs follicules ; quant à la matière contenue dont les caractères physico-chimiques ont été donnés plus haut, voici quels en sont les caractères microscopiques : 1° des cellules d'épithélium pavimenteux à divers âges, avec ou sans noyaux, avec ou sans infiltration graisseuse ; 2° des granulations jaunes libres ; 3° des corpuscules granuleux ; 4° d'une quantité très notable de poils follets, longs de 2 à 4 millimètres semblables à ceux qui adhèrent à la paroi.

Suites de l'opération. — « J'applique des boulettes de charpie au fond de la poche. Malgré l'exubérance de la muqueuse, la cicatrisation ne se fait pas trop attendre. Il est resté au plancher de la bouche un bourrelet assez volumineux qui s'est atrophié petit à petit. J'ai revu le malade plusieurs mois après, et j'ai pu constater une guérison radicale. Les fonctions buccales s'étaient rétablies sauf la déviation des dents et de la mâchoire, ces organes n'avaient pas repris leur place normale lors de la dernière observation ».

OBSERVATION IX (CRUVEILHIER). — *Bull. Soc. anatomique*, 1862.
— Lesueur (Jean-Prosper), âgé de 62 ans, cordonnier, entre à l'hôpital St-Antoine, salle St-Lazare, n° 10. Ce malade est admis dans le service de M. Chauffard avec les signes d'une bronchite passée à l'état chronique et s'accompagnant de phénomènes généraux dont l'explication plausible paraît être donnée par l'âge avancé du malade. Un vomitif et des opiacés ont amené une amélioration sensible ; aussi, entré à l'hôpital le 7, le 11 le malade passe en chirurgie. En examinant, en effet, la région sublinguale, on aperçoit une tumeur arrondie occupant la ligne médiane et ayant amené un dédoublement du frein de la langue. Cette tumeur a le volume d'une petite pomme de reinette et repousse la langue en haut de façon à appliquer la face supérieure de cet organe contre la voûte palatine ; on ne sent pas la tumeur par la région sus-hyoïdienne. Le diagnostic ne fut pas douteux un instant, et à cause de la rareté des tumeurs autres que des grenouillettes affectant le plancher buccal, on n'hésita pas à affirmer qu'on avait affaire à une ranule. La fluctuation paraissait évidente, et la difficulté de percevoir ce signe en cette région ne mit pas un moment en garde contre ce diagnostic. Un fait pourtant devait éclairer le chirurgien, ou du moins éveiller en lui un doute légitime, c'est que la transparence manquait complètement, et qu'il paraissait évident qu'au-dessous de la muqueuse se trouvait une poche affectant une certaine épaisseur, fait rare dans la grenouillette normale. L'influence de la tumeur sur la déglutition était assez notablement marquée ; mais ce qu'on remarquait surtout, c'était une altération de la parole telle que le malade semblait atteint de zéyement. Les accidents thoraciques, un instant calmés, reprirent une nouvelle intensité, et bien que des râles sous-crépitaux seuls furent perçus par l'auscultation, le malade succomba le 16. L'autopsie eut lieu le 18, et la région sus-hyoïdienne presque entière, avec une partie de la sous-hyoïdienne, fut enlevée. Une dissection minutieuse eut lieu le 20 ; on constata avec étonnement l'absence complète d'adhérences entre la tumeur et les parties voisines : c'était un kyste placé entre les génio-glosses et la base de la langue ; aucun rapport intime avec les glandes salivaires qui en étaient indépendantes, comme on aurait

pu le voir sur le vivant si l'on avait pratiqué le cathétérisme des conduits (l'état du malade l'a toujours empêché). La poche kystique a bien 4 millimètres d'épaisseur ; elle paraît dure, fibreuse. Quant au contenu, il ressemble à de la matière sébacée ; c'est un magma blanchâtre avec de petits corps jaunes plus durs et plus résistants. Dans les poumons, granulations tuberculeuses assez abondantes ; dans l'un d'eux, petit tubercule jaune à l'état cru, de la grosseur d'une noisette. Le développement de ces formes de la tuberculose pulmonaire me paraît jeter du jour sur la nature de la tumeur, car bien que le malade prétendit ne s'être aperçu que depuis huit jours de cette tumeur, la ressemblance d'aspect du contenu avec le tubercule permet d'établir, avant tout examen microscopique, que le contenu est un produit tuberculeux. Un deuxième fait qui me paraît venir à l'appui, c'est l'enkystement parfait de la tumeur par une coque fibreuse. Au microscope, on trouva de nombreuses cellules épithéliales, des granules graisseux et de la matière amorphe.

OBSERVATION X (GALLARD). — *Bull. Soc. anatomique*, 1865. — M. Gallard, médecin de la Pitié, a rencontré, dans sa clientèle, une jeune fille âgée de 20 ans, présentant sur le plancher de la bouche, au-dessous de la langue, une tumeur grosse comme un œuf de poule.

La malade ne savait pas au juste la date du début de son mal ; elle ne l'avait constaté qu'à l'âge de 12 ans. Cette tumeur était amincie, élastique, et donnait au toucher la sensation d'une fausse fluctuation ; mais la tumeur conservait pendant quelques instants l'impression du doigt. Sa coloration différait peu de celle de la muqueuse buccale, qui, à son niveau, présentait une sorte de reflet grisâtre. Cette tumeur gênait par sa présence l'articulation des sons, la déglutition, et repoussait la langue vers la voûte palatine, en même temps qu'elle faisait une légère saillie dans la région sus-hyoïdienne. La malade, ne voulant pas entrer dans le service de chirurgie, à l'hôpital, M. Gallard se décida à l'opérer chez elle. Un trocart fut enfoncé dans la tumeur, mais rien ne sortit ; seulement il était resté sur le trocart des parcelles d'une matière blanche, caséeuse, rappelant la consistance de la châtaigne cuite. Pour vider

le kyste, il fallut exciser un lambeau de sa paroi antérieure, et il fut alors facile d'extraire la plus grande partie de son contenu, qui n'était autre que cette substance blanchâtre, caséeuse, signalée sur le trocart.

Les parois du kyste paraissaient formées par la muqueuse buccale épaissie ; elles n'ont point été vues au microscope. M. Cornil qui a bien voulu examiner au microscope le contenu du kyste, a trouvé que la matière blanchâtre qui représentait ce contenu était composée d'un amas de cellules épithéliales très grosses et renfermant un noyau. Ces cellules étaient de nature pavimenteuse. Le kyste ne fut pas vidé entièrement, à cause de quelques dépressions en cul-de-sac qui existaient à sa face interne. M. Gallard se contenta de promener largement le crayon de nitrate d'argent sur toute la face interne de la poche et dans ses anfractuosités.

OBSERVATION XI (BRYANT). — *Clinical Surgery*, 1870, p. 170. — Un homme de 25 ans me fut adressé à Guy's hospital le 10 juin 1864 avec une tumeur enflammée au-dessous de la langue. Il observa pour la première fois une grosseur en cet endroit 6 ans auparavant ; un séton fut passé au travers, mais la tumeur ne disparut jamais. Elle ne causait aucun trouble jusqu'à il y a 6 mois, quand elle commença à grossir elle devint si gênante par son étendue, qu'il alla consulter. Il s'adressa le 1^{er} juin à un chirurgien qui ouvrit la tumeur avec une lancette et en fit sortir une matière dure. La tumeur entière s'enflamma alors. Quand je le vis, il pouvait à peine parler, la langue était repoussée en haut vers la voûte palatine, par une tumeur enflammée située au-dessous d'elle, occupant complètement la concavité de la mâchoire inférieure et s'étendant en arrière. Il existait une ouverture du côté gauche par laquelle une sonde put être aisément passée. En pressant la masse, on fit sortir une matière particulière granuleuse, caséeuse, demi-solide, d'odeur fétide. J'augmentai l'ouverture qui existait déjà et fis sortir par pression environ 3 onces de cette substance. La paroi du kyste devint alors visible, elle était lisse, enflammée. J'ordonnai au malade de se nettoyer fréquemment la bouche avec de l'eau chaude. Le 17 juin il vint me voir,

et était relativement bien. Le kyste s'est vidé complètement et l'inflammation a subsisté. Les conduits des glandes salivaires devinrent également visibles, ils passaient au-dessus de la tumeur. La convalescence se fit graduellement.

OBSERVATION XII. — BRYANT, *eodem loco*. — Homme de 19 ans. Tumeur située au-dessous de la langue paraissant située au centre, ayant débuté il y a 6 mois: Elle a augmenté graduellement et dans ces derniers temps, devint assez considérable pour empêcher presque complètement de parler. Quand je vis le malade, la langue était repoussée vers la voûte palatine par un large kyste se projetant également des deux côtés du frein. On voyait les canaux de Warthon passer au-dessus sans être compris dans la tumeur. Une incision fut faite, il en sortit un liquide albumineux, visqueux. Tamponnement de charpie. L'inflammation survint et il en résulta une guérison apparente.

OBSERVATION XIII (NEUMANN). — *Archiv. für Klinische Chir.*, 1877, p. 825. — Homme de 52 ans, portait depuis sa naissance une tumeur qui n'a pris un accroissement rapide notable que depuis ces dernières années. En dernier, elle avait atteint un tel volume que la langue était repoussée vers le pharynx et qu'il existait une grande gêne de parole et de la déglutition. A l'inspection de la bouche, on ne voyait pas la langue, à sa place se trouvait une tumeur fluctuante, qui faisait une forte saillie dans la bouche. On excisa une petite partie de la paroi antérieure de la tumeur, qui était recouverte par la muqueuse buccale. Ce fragment examiné avait les caractères suivants: On distingue nettement la paroi propre du kyste, et la muqueuse. Du tissu cellulaire lâche les unit, il s'y trouve un fragment de couche musculaire mince. La muqueuse est normale, seules, les glandes de cette muqueuse sont peut-être un peu plus développées que d'ordinaire. Quant à la paroi du kyste, elle est plus rétractée que la muqueuse, grâce aux nombreuses fibres élastiques qui la composent. Elle apparaît comme une membrane de 1 millimètre d'épaisseur, assez résistante, de couleur pâle. Sa surface interne est

plissée, matte, blanchâtre. L'examen microscopique fut fait sur une préparation fraîche, et sur une préparation durcie à la liqueur de Muller et à l'alcool. Il montre qu'un épithélium vibratile tapisse la surface libre de la membrane. Il est constitué principalement par des cellules de forme conique, dont l'extrémité profonde se termine par 2 ou plusieurs prolongements, entre lesquels se trouvent des amas de cellules arrondies. Les cils reposent sur un plateau très net. Les noyaux cellulaires sont ovales, allongés. Au-dessous de l'épithélium se trouve une basement-membrane, qui unie à une mince membrane sous-jacente, et composée d'un reticulum de fibres élastiques, se laisse détacher de la partie fibreuse de la paroi du kyste. Cette partie fibreuse est composée de faisceaux, de fibres résistantes, unies à quelques rares éléments cellulaires; et d'une couche externe dans laquelle les faisceaux conjonctifs forment un tissu irrégulier et lâche. De nombreux vaisseaux parcourent cette dernière couche, qui contient aussi des amas de cellules lymphoïdes paraissant suivre les vaisseaux. Le contenu du kyste ne présenta rien de particulier à l'examen microscopique.

OBSERVATION XIV (VERNEUIL). — *Bull. Soc. anatomique*, 1872. — Jeune fille âgée de 18 ans. L'époque du début du kyste est restée incertaine; mais son existence avait été constatée trois ans avant l'opération par l'opérateur. Le kyste du volume d'un œuf de poule, indolent, sans transparence, ne gênant ni la parole, ni la mastication, faisait saillie à la région sus-hyoïdienne. La ponction capillaire ne donna aucun résultat. L'emploi d'un trocart volumineux donna issue à 30 grammes environ d'un liquide écumeux, grisâtre, cailléboté. Du côté de la cavité buccale, le kyste était situé au-dessous de la langue, sur la ligne médiane. Il a été énucléé en partie avec le doigt, ensuite, pour le reste, extirpé par arrachement, après une incision du plancher buccal sur la ligne médiane. Une adhérence assez résistante le rattachait à la partie antérieure de l'os hyoïde. Sa cavité contient la bouillie du stéatome des anciens chirurgiens. C'est un mélange de cellules pavimenteuses et d'épithélium sébacé. Il reste à chercher s'il existe, dans la paroi, des glandes sébacées.

comme cela est probable. Ces kystes de l'ordre des kystes dermoïdes, assez peu communs, peuvent suppurer. M. Verneuil en a observé un exemple. Ils proéminent, soit du côté de la bouche, soit du côté de la région sus-hyoïdienne. Le mécanisme de leur développement est semblable à celui des kystes dermoïdes des sourcils. Ils se forment au niveau du point de soudure des arcs viscéraux et offrent des adhérences sur la ligne médiane.

OBSERVATION XV (MEUNIER). — *Bull. Soc. anatom.*, 1881, p. 122.
— Le nommé L... Pierre, âgé de 52 ans, employé de commerce, est entré le 24 février 1881, salle St-Jean, n° 1, à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Després, pour se faire opérer d'une tumeur du plancher de la bouche. Jusqu'au 16 janvier dernier, le malade ignorait l'existence de cette tumeur. Venu ce jour-là consulter pour une hémorroïde, il fut tout surpris lorsque le chirurgien, remarquant le timbre particulier de la voix, lui demanda s'il n'avait rien dans la bouche. Malgré sa réponse négative, M. Després insiste, et par un examen direct, constata la présence d'un kyste volumineux qui occupait le plancher de la cavité buccale. Interrogé sur ses antécédents, L... n'accuse aucune autre affection qu'une fistule à l'anus, pour laquelle il avait subi une opération une douzaine d'années auparavant. Il n'avait jamais eu de mal dans la bouche, et à aucune époque de sa vie, il n'avait éprouvé de la gêne pour parler et manger. Sa voix avait toujours été la même. Sa tumeur était très probablement congénitale ou du moins s'était développée très lentement. Le malade partit en promettant de revenir s'il se décidait à l'opération. Préoccupé à partir de ce moment, L... revint, en effet, le 14 février, et le 16 il fut opéré. Au moment où elle fut enlevée, la tumeur présentait les caractères suivants : elle occupait la ligne médiane, immédiatement en arrière du maxillaire inférieur, au-dessous de la langue, au-dessus du muscle mylo-hyoïdien, entre les génio-glosses, que l'on voyait glisser sur les côtés de la tumeur, en formant pour ainsi dire une double sangle. Sa langue mobile en tous sens était soulevée au niveau des dents ; elle faisait saillir la tumeur en haut et en avant, lorsqu'elle se renversait en arrière, et faisait bomber la

région sous-mentale, quand elle se portait en avant. La muqueuse n'adhérait que par un tissu lâche ; elle n'avait pas l'aspect blanchâtre à fond opaque des grenouillettes, ni la teinte jaunâtre de certaines tumeurs graisseuses. Sa tumeur présentait le volume d'une grosse mandarine ; elle était lisse, molle, arrondie, fluctuante, toujours indolente. Une épingle plantée dans le kyste, pouvait être inclinée dans tous les sens, et gardait la position qu'on lui donnait ; signe qui indiquait que le contenu n'était pas liquide, mais demi-solide. Au toucher, cependant, on ne percevait point de consistance pâteuse, et la pression du doigt ne laissait aucune empreinte. Les canaux de Warthon, ou tout au moins leurs orifices, conservaient avec la langue leurs rapports normaux, ainsi qu'il fut facile de s'en assurer. La mastication ni la déglutition, nous l'avons déjà dit, n'étaient point gênées, et, bien que la voix fût altérée dans son timbre et parût un peu embarrassée, le malade ne s'était pas aperçu de ce défaut. M. Després posa le diagnostic entre un kyste dermoïde et un lipome, et, sans toutefois se prononcer catégoriquement, les kystes dermoïdes étant rares à l'âge de ce malade (52 ans) et les lipomes ayant été vus un plus grand nombre de fois, il pencha de préférence pour le lipome. Dans l'un et l'autre cas, le procédé opératoire devant être le même, on ne fit point de ponction exploratrice. La tumeur fut enlevée, sans chloroformisation, par une incision longitudinale de la muqueuse, et un léger débordement à gauche. L'incision de la poche donna issue immédiatement à une grande quantité de matière grisâtre, d'odeur butyreuse ; le kyste se vida ainsi presque complètement, et fut ensuite facilement énucléé avec des ciseaux. On n'eut point à faire de ligature, et la quantité de sang perdu fut insignifiante. La plaie ne fut traitée par aucun procédé antiseptique. L'humidité de la bouche et la salive, dit M. Després, suffirent pour constituer un pansement naturel efficace. Le malade dut seulement se gargariser avec de l'eau de menthe. Les jours suivants, la température ne dépassa pas 38°6, le soir, le quatrième jour il n'y avait plus de fièvre. Le cinquième jour, le malade put prendre des aliments solides, et, le onzième jour, c'est-à-dire le 27 février, la cicatrisation étant presque complète, il put sortir. Le 7 mars

il revint à la consultation ; il était tout à fait guéri. L'ouverture de la tumeur d'abord, et l'examen histologique ensuite, confirmèrent le diagnostic de kyste dermoïde.

Examen histologique. — L'examen histologique a été fait par M. Variot, interne à l'hôpital de la Charité. Voici le texte de la note qu'il a bien voulu nous remettre : Le contenu du kyste est constitué par une bouillie grisâtre, molle. Au microscope, on y constate : 1° Des lames de cholestérine en grand nombre ; en quelques points, ces cristaux sont superposés et forment des amas volumineux ; 2° Des cristaux acidulés d'acides gras réunis en houppes ; 3° Des éléments très pâles à contours nets, ne se colorant pas par le carmin, en général, et ne présentant pas de noyaux. Ces éléments nous ont paru représenter des cellules épithéliales altérées. Une très petite portion de la poche a été excisée et durcie à l'alcool absolu. Sur les coupes, cette paroi apparaît comme formée de trois couches : 1° Une interne épithéliale, répondant à la cavité kystique ; 2° Une couche fibreuse ; 3° La continuité immédiate avec celle-ci, une autre couche fibreuse contenant un grand nombre de vaisseaux. La couche épithéliale est séparée du chorion sous-jacent par un basement-membrane très mince, mais néanmoins très apparent. Les cellules épithéliales présentent le même mode de groupement et de superposition que sur la surface de la muqueuse buccale ; couche profonde, basilaire composée de cellules prismatiques régulières sur une seule rangée. Au-dessus cellules polyédriques qui vont s'aplatissant et deviennent tout à fait cornées à la surface, quelques lambeaux formés de ces cellules faisant partie du contenu kystique sont restés adhérents à la couche épithéliale. La couche fibreuse formant ce chorion est à peu près libre à sa surface ; elle ne présente pas de saillies papillaires. La structure se rapproche sensiblement de celle du derme de la muqueuse : faisceaux de tissus fibreux intriqués en tous sens, fibres élastiques abondantes, disséminées ; noyaux de tissu conjonctif accumulé en certains points, tels sont ces éléments constitutants. Pas de fibres lisses, ni de glandes. Les vaisseaux sont très abondants sur la partie externe et adhérente de la paroi, par place ils forment de véritables lacs sanguins. Cette pro-

duction kystique paraît avoir une origine embryonnaire et résulter d'une involution de la muqueuse de la face inférieure de la langue. En ce point la muqueuse ne présentant que de très petites papilles et ne renfermant aucune glande salivaire ou autre, la structure du chorion du kyste est expliquée. Inutile d'ajouter que les glandes sébacées et les poils, étant des produits épithéliaux spéciaux aux téguments externes, ne pouvaient se rencontrer dans une tumeur dérivant de la muqueuse buccale ». La pièce est déposée au musée Dupuytren.

OBSERVATION XVI. — NICAISE, *Bull. Soc. anat.*, 1881, p. 498. — En 1877, j'ai opéré avec M. Chaignat, d'Orléans, une petite fille de 3 ans, qui portait un kyste dermoïde de la bouche. Il était situé à la face inférieure de la pointe de la langue, à gauche de la ligne médiane, et avait le volume d'une noisette ; à travers la muqueuse étalée, on distinguait la teinte jaunâtre du contenu. Cette tumeur gênait les mouvements de la langue qu'elle accompagnait dans ses déplacements ; elle pouvait être portée en dehors de la bouche par la propulsion de la bouche en avant. Une incision sur la face inférieure de la langue permit de disséquer le kyste, dont les parois étaient minces. Ce kyste se continuait au niveau du raphé avec un cordon très dur, résistant, rigide, qui allait s'insérer perpendiculairement sur la face postérieure du maxillaire inférieur, au milieu des apophyses génis, en suivant exactement la ligne médiane ; il avait de 2 à 3 millimètres de diamètre. Je disséquai ce cordon fibreux dans toute sa longueur et le séparai du maxillaire par un coup de ciseaux. Le cordon, de consistance fibro-cartilagineuse, était creusé dans son axe d'un étroit canal dont la paroi avait l'aspect d'une surface cutanée. Le contenu du kyste était une matière grasse homogène, ressemblant à du saindoux un peu ramolli et de couleur gris-jaunâtre ; la même matière se rencontrait dans le canalicule. La guérison fut rapide et complète ; j'ai revu la malade longtemps après l'opération.

OBSERVATION XVII (COMBALAT), *Bull. Soc. de chirurgie*, 1881, p. 505. — Le nommé André (Hippolyte), âgé de 35 ans, professeur, né

au Sénégal, entre à l'Hôtel-Dieu le 24 février, atteint de bronchite. Rapidement guéri de cette maladie, il fut envoyé en chirurgie pour se faire opérer d'une tumeur qu'il portait dans la bouche depuis son bas âge. Il se rappelle, en effet, avoir de tout temps constaté avec la pointe de la langue, la présence d'une grosseur du volume d'une petite cerise, ayant son siège sur le plancher de la bouche, sur la ligne médiane, et en arrière des incisives du maxillaire inférieur. Son début, d'après lui, remonte à sa naissance. Il n'en était nullement incommodé ; néanmoins, étant rentré en France avec sa famille, à l'âge de 6 ans, ses parents, à Bordeaux, le soumirent à l'examen d'un médecin qui leur conseilla de différer toute opération. Cette tumeur augmenta peu à peu de volume, mais d'une façon très lente, et ce n'est que depuis peu de temps que la mastication et la déglutition, ainsi que la parole, étaient gênées. Cette gêne n'était pas très grande, puisque ce n'est que sur le conseil de mon collègue Fabre qu'il se décida à se faire opérer. Le 26 février, en arrivant dans notre service, voici ce que nous avons constaté : La tumeur occupe tout le plancher buccal et se trouve circonscrite par la courbe du maxillaire inférieur ; elle s'étend en arrière jusqu'au niveau des dernières molaires. Si l'on examine le malade la bouche fermée, on s'aperçoit qu'il existe une légère saillie à la région sus-hyoïdienne, sans douleur à la pression. Si l'on fait ouvrir la bouche, on remarque que la pointe de la langue est refoulée en arrière, soulevée au-dessus du plancher buccal et touchant la voûte palatine. Elle peut être néanmoins projetée en avant et portée hors de la bouche avec facilité. Ce mouvement de projection tend à exagérer la saillie médiane de la région sus-hyoïdienne. La concavité du plancher buccal est remplacée par une saillie anormale. La muqueuse a changé d'aspect ; elle a perdu sa couleur rosée, elle est pâle, sèche, parcheminée. Au toucher la tumeur est molle, non élastique, de consistance pâteuse, présentant une fluctuation vague, soit qu'on pratique l'exploration par la cavité buccale, soit qu'on applique deux doigts dans cette cavité, pendant que la main du côté opposé est placée sur le milieu de la région sus-hyoïdienne. La pression digitale ne laisse pas d'empreinte sur la tumeur, qui est opaque. Au-dessous de la

pointe de la langue on aperçoit les orifices des conduits de Wharton. Si le malade parle, la salive sort avec abondance. Les veines ranines sont placées plus en arrière et dilatées. Le malade quoique maigre, jouit d'une bonne santé ; il ne souffre pas et n'a jamais souffert de sa tumeur.

D'après les renseignements très précis fournis par le nommé André sur le siège primitif du mal au plancher buccal, au voisinage de la partie médiane du maxillaire, sur l'époque de son début, depuis sa naissance, sur la marche lente du mal, on pourrait songer à un kyste congénital ; la saillie de la tumeur sur la partie médiane de la région sus-hyôidienne, la fluctuation vague, semblaient aussi plaider en faveur d'un kyste dermoïde ; mais, par contre, le signe indiqué par Duplay de la coloration jaunâtre de la muqueuse et celui de l'empreinte laissée par le doigt à la pression sur la tumeur, signalés par Linhart et donnés par Landetta comme signes certains, faisaient complètement défaut. Ni les caractères, ni la marche, ni le début du mal, n'étaient de nature à nous faire admettre un lipome, tumeur fort rare dans cette région, puisque Dolbeau n'a pu en rassembler que cinq cas, et encore moins à nous faire croire que nous étions en présence d'un kyste sanguin semblable à ceux décrits par le même chirurgien. Nous pensâmes encore moins à un sarcome, et nous portâmes avec quelques réserves le diagnostic de grenouillette. Néanmoins la tumeur ne ressemblait en rien à celles que j'avais eu l'occasion d'opérer. Celles-ci, en effet, avaient présenté un développement rapide, la transparence ne m'avait pas fait défaut, ainsi que la coloration bleuâtre due au reflet des veines ranines. La tumeur évolue quelquefois lentement, mais elle ne met jamais 35 ans à se développer. Son siège est le plus souvent latéral, qu'elle résulte de la dilatation du canal de Wharton ou de celle d'un kyste folliculaire. La ponction exploratrice modifia aussitôt le diagnostic : l'écoulement de la matière sébacée mêlée à un liquide opaque, nous démontra que nous étions en présence d'un kyste dermoïde.

Anatomie pathologique. La tumeur siégeait dans le tissu cellulaire sous-muqueux du plancher de la bouche, entre les deux génio-glosses. Elle les avait séparés en se développant, et la langue avait

été refoulée en arrière. Le réseau vasculaire était peu accusé. L'hémorrhagie pendant l'opération a été peu importante. Aucun phénomène de compression sur les organes voisins n'a été signalé. Les canaux salivaires étaient intacts. J'ai pu constater une légère dépression au-dessous des apophyses géni, comme dans les cas de kyste dermoïde du sourcil. Cette poche se compose de deux tuniques. La tunique externe est fibreuse, blanche et résistante ; la tunique interne est lisse et légèrement rosée. Voici la note que m'a remise mon collègue Richard, sur l'examen microscopique du contenu de la poche et du contenant : Sur une coupe faite après durcissement dans l'acide picrique, la gomme et l'alcool, et colorée au picro-carminate d'ammoniaque, on observe, en allant de la surface interne du kyste à la surface externe : 1° Le revêtement épidermique absolument analogue au revêtement épidermique normal avec les couches de cellules cornées, au-dessous de la couche granuleuse, ou stratum lucidum de Schroen, très nettement visible, et enfin le corps muqueux de Malpighi ; 2° Le derme absolument identique au derme de la peau, sauf peut-être que le réseau élastique est un peu plus développé et que les papilles sont moins nettes que sur la peau normale ; elles sont plus larges et moins élevées. Les poils sont pourvus de bulbes, entourés d'une gaine bien distincte, deux glandes sébacées les accompagnent généralement, ils sont seulement moins chargés de pigment ; 3° Le contenu est formé par des cellules épidermiques desquamées à divers âges, et par le produit de sécrétion des glandes de la paroi du kyste, granulations jaunes, libres, corpuscules granuleux et quantité notable de poils follets, longs de 2 à 4 millimètres. Nous procédâmes à l'extirpation des kystes de la façon suivante : incision médiane et curviligne de la muqueuse dans une étendue de 3 centimètres et à un centimètre de distance de la courbe parabolique du maxillaire. La paroi du kyste fut aussitôt mise à nu, et la piqûre de la ponction fut agrandie dans le sens de l'incision superficielle. Le contenu composé d'une matière blanchâtre, granuleuse, visqueuse au toucher, ayant la consistance du suif, mêlée de cellules épidermiques et de poils follets de couleur blanche, s'écoula en partie par la pression à l'aide des deux mains appli-

quées, l'une dans la cavité buccale et l'autre dans la région sus-hyoïdienne. Enfin, à l'aide de deux doigts de la main droite introduits dans son intérieur, je pus extraire le restant du contenu. La tumeur avait le volume d'une petite mandarine, et j'évalue à 50 grammes environ le contenu. La poche s'affaissa sur elle-même et la dissection en fut rapide et facile. Lâchement unie aux tissus voisins, la séparation se fit en partie avec la spatule, en partie avec les ongles. J'avais confié à un aide une pince à pansement avec laquelle j'avais eu soin de saisir les deux lèvres de l'incision de la poche. Elle fut ainsi amenée à l'extérieur par des tractions combinées avec la dissection. Quelques tractions plus énergiques vinrent à la fin nous démontrer qu'elle était solidement fixée par un pédicule à la face postérieure et médiane du maxillaire, au-dessous des apophyses géni, siège qu'il nous fut permis de vérifier par l'exploration avec le doigt indicateur. Le pédicule fut sectionné avec des ciseaux courbes et la surface d'implantation légèrement ruginée avec la pointe des ciseaux pour éviter toute récidive. L'écoulement de sang fut insignifiant ; j'introduisis une petite éponge dans cette cavité accidentelle, afin de faire cesser tout suintement hémorrhagique, et que je remplaçai par deux petits tampons de charpie, fixés chacun par un fil et imbibés d'un mélange d'eau et d'alcool à parties égales. Je crus utile d'agir ainsi, quoique l'atmosphère humide de la bouche soit considérée par certains chirurgiens comme le meilleur des pansements. Je prescrivis pour la journée un gargarisme au chlorate de potasse, du bouillon et du lait froid, ainsi que l'usage de quelques petits gâteaux. Le soir la malade a le pouls à 80 et la température à 37°5. Lavage à l'eau glacée et alcoolisée, julep avec 30 grammes de sirop diacode et 20 gouttes d'alcoolature d'aconit, telle est la prescription ; les deux tampons sont remplacés par deux plus petits. 28 février. — La malade n'a pas souffert, la nuit a été bonne, pouls 84, température 37°6. Les tampons sont enlevés et ne sont pas remplacés. Le plancher de la bouche est affaissé ; la langue a récupéré en partie la liberté de ses mouvements. Lavages répétés dans la journée avec l'eau glacée et alcoolisée ; gargarisme au chlorate de potasse ; même régime. Le malade accuse un peu de gêne dans la déglutition. 1^{er} mars.

— Nuit excellente ; même régime. 2, 3, 4 mars. — Rien de particulier si ce n'est une diminution progressive dans l'état douloureux de la déglutition et une marche rapide vers la cicatrisation. 5 mars. — L'adhérence de la muqueuse au plancher de la bouche était complète. La langue avait repris sa position normale, et le malade était soumis au régime ordinaire. L'adhésion des deux parois de toute la cavité se fit rapidement et je n'eus pas besoin de songer au drainage du plancher buccal, afin d'éviter au malade d'absorber du pus, nécessité qui se serait imposée si cette cavité accidentelle eût suppuré. 15 mars. — La guérison est complète. Il subsiste un peu de tuméfaction au niveau des deux glandes sublinguales, sans sensibilité néanmoins, qui disparaît complètement avant la sortie du malade, qui a eu lieu le 22.

OBSERVATION XVIII (GRUBER). — *Arch. für pathol. Anat.*, 1880, p. 442. — Kyste athéromateux préhyoïdien sous-musculaire observé le 11 mars 1880 sur le cadavre d'un jeune homme de 20 ans. On voit à la région sus-hyoïdienne une tumeur médiane ayant 6 centimètres de longueur et 5 centimètres de largeur. Cette tumeur est recouverte par la peau saine et fait une saillie d'environ 1 centimètre. La tumeur ne fait pas saillie dans la bouche et il est impossible de la sentir de ce côté. Elle repose sur les ventres antérieurs des digastriques et sur le mylo-hyoïdien, au-devant de l'os hyoïde. A la palpation, on peut penser qu'on a affaire à un sac élastique renfermant une substance pâteuse. Les digastriques sectionnés, on voit les mylo-hyoïdiens fortement bombés par la saillie. On constate en achevant la dissection, que la tumeur est située entre les génio-hyoïdiens et les génio-glosses, sous l'extrémité antérieure de la sublinguale à droite et à gauche, et à gauche sous le canal de Warthon et le nerf lingual. Une petite artère, branche de la sous-mentale paraît y pénétrer. Le sac a une couleur blanc-mat, une forme ovale avec une grosse extrémité tournée à droite. Il est uni aux parties voisines par du tissu cellulaire lâche ; on peut l'isoler sans l'aide du couteau, avec la plus grande facilité. Il n'a pas atteint un volume assez considérable pour pouvoir exercer une pression nuisible sur les nerfs de la langue et

les canaux de Warthon. Le sac composé d'un tissu fibreux résistant, contient de gros grumeaux d'une masse de bouillie filante, de couleur blanchâtre. Elle est constituée par des cellules épithéliales ovales de l'aspect et de la grosseur de gouttelettes graisseuses. Il n'existe pas de cristaux de cholestérine. Ce ne peut être qu'un kyste dermoïde dont les connexions avec la muqueuse et la peau ne sont pas manifestes. L'opération eut dû être pratiquée par la voie sus-hyoïdienne.

OBSERVATION XIX (HOFMOKL). — *Wiener medizin. Presse*, 1881.
— Femme âgée de 28 ans, bien portante, n'avait rien remarqué d'anormal au cou il y a six mois. Elle prétend ne s'être aperçu, que depuis cette époque, de la présence d'une petite tumeur mobile dans la région sous-mentonnière. Cette tumeur est absolument indolente, et ne cause aucune gêne. Au début on pensa à un ganglion lymphatique engorgé, et on n'y attacha aucune importance. Mais peu à peu cette tumeur augmenta de volume, devint saillante dans la bouche au-dessous de la langue et gêna la mastication et la phonation. Le 17 janvier, l'examen de la malade donne les résultats suivants : la bouche étant fermée, et la respiration normale, on remarque sur la ligne médiane du cou, au-dessus de l'os hyoïde, une tuméfaction de la grosseur d'un œuf de poule, molle, très élastique, soulevant la peau d'ailleurs normale. Pendant la déglutition, la tumeur visible extérieurement, diminue de volume, ce qui indique sa situation sous-musculaire. Dans la bouche, on voit immédiatement au-dessous de la langue, une tumeur, recouverte par la muqueuse normale, s'étendant également des deux côtés du frein de la langue, très élastique. A la pression sur la tumeur sus-hyoïdienne, la saillie intra-buccale s'accroissait et se tendait davantage. Cet examen faisait également percevoir de la fluctuation. Les canaux de Warthon étaient libres, la salive s'en écoulait largement. Comme il ne pouvait être question d'une tumeur de nature inflammatoire, et que le volume énorme, ainsi que le point de départ au cou, correspondaient mieux à une grenouillette, que d'autre part la présence en ce point d'un kyste dermoïde aussi volumineux, est rare, on porta le diagnostic

de grenouillette. Je fis une incision à gauche du frein de la langue afin d'exciser une partie de la paroi de la tumeur. Il fut facile de sectionner la muqueuse avec des ciseaux courbes, mais il fallut prendre le bistouri pour inciser la poche sous-jacente, très tendue. Après incision de la tumeur, il en sortit une masse très grasse, jaunâtre, molle, ressemblant à de la pommade. La poche épaisse de 1 millimètre fut saisie avec des pinces, et se laissa énucléer facilement sans bistouri, sauf une partie adhérente en avant au maxillaire. La petite partie adhérente fut laissée, à cause de la profondeur à laquelle elle se trouvait, et pour ne pas s'exposer à une hémorrhagie inutile. La perte de sang fut insignifiante. La plaie fut agrandie jusqu'à 1 1/2 centimètre et désinfectée à l'eau phéniquée.

La poche était formée d'une paroi conjonctive avec des vaisseaux, recouverte d'une couche de Malpighi. Le contenu était formé de cellules épidermiques transformées. Le 20 janvier, la malade eut un peu de fièvre et de gonflement sous le menton, causé par la suppuration. On mit un drain dans la cavité. Le 24 janvier, la fièvre a cessé depuis 2 jours. La tumeur sous le menton a disparu et n'est pas douloureuse. Le 6 février, la plaie est complètement fermée, aucune saillie n'est apparente extérieurement.

OBSERVATION XX (GROSS). — In thèse PILLON. Nancy, 1883. — Mademoiselle V... vint me consulter en décembre 1881 pour une tumeur développée sur la ligne médiane à la région sus-hyoïdienne. Au dire des parents, le début de cette tumeur remonterait à la première enfance. Depuis cette époque, la grosseur a augmenté progressivement. Cependant, elle n'a donné lieu à aucun accident sérieux, tel que douleur ou inflammation. A l'examen de la malade, on constate que la tumeur fait saillie sur la ligne médiane du cou au-dessus de l'os hyoïde. D'une forme arrondie, elle présente la grosseur d'une petite pomme. La palpation fait reconnaître sa mobilité et l'absence d'adhérences dans la profondeur. Sa consistance est élastique ; pas de fluctuation et aucune saillie dans le plancher buccal. Le diagnostic porté est celui de kyste congénital très probablement dermoïde. L'extirpation est pratiquée le 16 décembre. Une

incision est faite sur la ligne médiane et on pratique l'énucléation de la tumeur. La membrane kystique se rompt pendant l'opération, ce qui augmente les difficultés de celle-ci. On enlève successivement le contenu de la tumeur et ses parois. A la face profonde existait un prolongement entre les génio-hyoïdiens. Un drain est placé à l'angle inférieur de la plaie dont la réunion ne se fait que partiellement. Suppuration à la profondeur du foyer opératoire. Guérison à la fin du mois. L'examen de la tumeur confirme le diagnostic de kyste dermoïde. Ses parois sont très minces, et assez vasculaires. Le contenu est formé par une matière sébacée, renfermant de petits poils.

OBSERVATION XXI (GOSSELIN). — In OZENNE. *Arch. génér. de méd.*, 1883, p. 281. — Marthe H..., âgée de 21 ans, entre à l'hôpital de la Charité dans le service de M. le professeur Gosselin, salle Ste-Catherine, n° 24, le 16 mai 1882. Plusieurs névralgies assez intenses, une fièvre muqueuse et une pleurésie, telles seraient les affections dont la malade aurait déjà été atteinte. D'après ces renseignements, ses parents auraient remarqué, peu de temps après sa naissance, la présence d'une petite tumeur sous la langue ; à cette époque, une ponction a dû être faite, sans donner issue à aucun liquide. Pendant quinze ans la tumeur a persisté en présentant le volume d'un petit marron, puis depuis cinq ans s'est accrue graduellement, sans occasionner aucune douleur, et en ne déterminant qu'une altération de la phonation. Actuellement on constate, au-dessous de la langue, une tumeur du volume d'un œuf : située sur la ligne médiane, elle fait une saillie un peu plus prononcée à gauche et refoule légèrement la langue en arrière, sur les côtés de laquelle elle se prolonge à quelque distance ; en avant, elle arrive jusqu'au rebord alvéolo-dentaire, qui n'est nullement déformé. La pointe de la langue, quoique portée en haut, peut être assez facilement tirée au dehors, et dans cette manœuvre elle presse sur la tumeur, qui vient alors faire une légère saillie à la région sus-hyoïdienne. La muqueuse buccale, qui ne paraît pas épaissie, présente une coloration grisâtre avec une teinte rosée par places ; elle est lisse et unie dans tous les points

qui recouvrent la tumeur. Celle-ci n'offre aucune transparence et ne laisse nullement deviner la nature de son contenu ; elle est lisse, arrondie, mollasse, sans présenter une consistance pâteuse, et donne presque la sensation de fluctuation. En aucun point la pression du doigt n'y détermine d'empreinte persistante ; complètement indolente, elle n'a jamais été le siège de douleurs spontanées. Le seul trouble fonctionnel que l'on note est une gêne des mouvements de la langue, qui ne s'accuse que dans l'articulation des sons, car la mastication et la déglutition ont lieu très librement. La salivation n'est pas accrue, et la respiration n'est nullement troublée, la langue étant peu refoulée en arrière. A la partie supérieure de la tumeur on aperçoit les ostia umbilica, qui sont restés perméables. Nulle part on ne constate d'empâtement, et les ganglions lymphatiques voisins ne sont pas engorgés. A ces divers caractères, époque d'apparition, lenteur du développement, situation sur la ligne médiane, etc., et malgré l'absence de quelques signes, M. le professeur Gosselin porte le diagnostic de kyste dermoïde. Le plus petit doute eût-il existé qu'il aurait été bientôt détruit, car une ponction, pratiquée avant l'extirpation, venait démontrer que le contenu du kyste n'était pas liquide.

Opération le 19 mai. Après avoir fait une incision curviligne, M. Gosselin dissèque assez facilement la muqueuse, qui adhère à peine à la face antérieure du kyste, et en faisant relever les lambeaux prolonge la dissection jusqu'à la face inférieure de la langue ; sur les parties latérales l'énucléation n'offre aucune difficulté, mais à la partie profonde le kyste présente des adhérences solides en deux points, en arrière au niveau du frein, en avant près de l'insertion des génio-glosses, sans contracter cependant aucune union avec la face postérieure du maxillaire. Ces adhérences fibreuses assez résistantes, situées sur la ligne médiane, sont sectionnées à petits coups et la poche est extirpée. Durant l'opération que la rupture du kyste a rendue un peu laborieuse, il ne se produit qu'un léger écoulement sanguin.

Traitement. Glace et solution chloralée en gargarismes. Dans les huit jours qui suivent l'opération, une réaction inflammatoire assez

vive apparaît ; le thermomètre atteint 38° et 39° ; les régions sublinguale et sus-hyoïdienne sont le siège d'un notable gonflement, la suppuration s'établit, la salivation est abondante. Peu à peu ces accidents diminuent, puis disparaissent, et le 14 avril, c'est-à-dire 25 jours après l'opération, la guérison peut être regardée comme complète. Les mouvements de la langue se font avec plus de facilité, et la phonation tend à redevenir normale.

Examen de la tumeur. Nous devons cet examen, qui a été fait dans le laboratoire des cliniques de la Charité, à l'obligeance de M. Dubar, que nous remercions à nouveau. Le kyste, derrière lequel s'en trouve profondément situé un autre, beaucoup plus petit et contenant du mucus, présente une forme un peu allongée dans le sens transversal, et le volume d'un œuf. Son contenu est une matière sébacée mélangée à un certain nombre de poils. La membrane kystique offre une épaisseur d'un millimètre ; par sa face extérieure, cette membrane adhère aux tissus voisins, dont il est cependant facile de la distinguer. Sa face interne est d'une coloration gris-rosé, sauf dans un tiers de son étendue, où elle présente exactement l'aspect extérieur de la peau ; elle montre un certain nombre de plis. A l'œil nu on aperçoit à sa surface un grand nombre de petits orifices. Des coupes sont pratiquées suivant l'épaisseur de la membrane kystique ; elles sont colorées par le micro-carminate d'ammoniaque et montées dans la glycérine.

Examen (40 d.). — On aperçoit trois couches de coloration différente en procédant de l'intérieur vers les parties périphériques : 1° Une première couche, fortement colorée en rouge par le micro-carminate ; 2° une deuxième couche, colorée en jaune-rougeâtre, deux fois plus épaisse que la précédente ; 3° une troisième couche, colorée en jaune-orangé très clair, au milieu de laquelle se voient des îlots rosés ; cette dernière offre une épaisseur égale à celle des deux précédentes réunies. En suivant avec ce grossissement dans toute son étendue la membrane kystique, on remarque qu'elle présente des sinuosités, de légères saillies et dépressions, formées par toutes les couches de la membrane. Dans certains points on voit se détacher des deux premières couches des traînées sous forme de

cordons, légèrement renflés à leur extrémité, qui sont ainsi contenus dans l'épaisseur de la troisième couche. Outre les prolongements précédents, il en existe quelques autres peu nombreux, qui se dirigent vers la cavité kystique, où ils viennent faire saillie. Leur forme et leur connexion avec la paroi sont assez remarquables pour que nous y insistions. Ils présentent, en effet, une sorte de pédicule, qui naît de la seconde couche et traverse la première couche ; ce pédicule se continue avec une masse assez volumineuse qui se renfle en forme de massue et est libre dans l'intérieur de la cavité du kyste.

Grossissement (300 d.). — La première couche colorée en rouge, est formée par des cellules épithéliales (épithélium pavimenteux stratifié) ; cette couche correspond à la portion cornée de l'épiderme normal. Du côté de l'intérieur du kyste, on voit un certain nombre d'éléments, non colorés, sous forme de petits amas, qui adhèrent à cette zone cornée. Cette couche est constituée par une matière granuleuse, des cristaux gras et des cellules pavimenteuses non colorées. La seconde couche (couche jaune-rougeâtre) est composée de cellules polygonales, à noyaux colorés en rouge ; cette seconde portion correspond à la couche de Malpighi. C'est de cette seconde couche que naissent les prolongements pédiculés et renflés en massue, qui sont eux-mêmes formés par des cellules épithéliales, polygonales au centre, aplaties à la périphérie. La ligne de démarcation entre la seconde et la troisième couche ne présente aucune sinuosité ; il n'y a pas trace de papilles. Dans des points assez nombreux se remarquent ces cordons, que nous avons signalés précédemment, cordons qui pénètrent dans l'épaisseur de la troisième couche et s'y terminent en cul-de-sac. Ils sont remplis de cellules cubiques, granuleuses, et limités par une membrane hyaline. Ce sont les glandes sébacées, dont nous avons noté les orifices sur la surface interne du kyste. La troisième couche est du tissu dermique ; on y voit de nombreuses fibres du tissu conjonctif et élastique entremêlées. Quelques veines sont remarquables par leur volume considérable. Ce tissu dermique se continue profondément ici avec des faisceaux de tissu conjonctif, là avec des faisceaux de fibres musculaires. En résumé, la paroi de ce kyste présente tous les éléments d'un tissu dermoïde

régulièrement disposés, auquel il ne manque, pour être un derme parfait, que la présence des papilles :

OBSERVATION XXII (LANNELONGUE). — In thèse GEHÉ. Nancy, 1882.
— Le 9 juin 1882, se présente à la salle Denonvilliers le nommé V... Henri, âgé de 1 an. Cet enfant porte une tumeur linguale qui siège à la face inférieure de l'organe ; elle occupe les deux tiers postérieurs de cette face. Le filet est dévié vers la droite par le développement de la tumeur. Cette tumeur est d'une coloration blanc-grisâtre et on aperçoit quelques petits vaisseaux à sa surface ; on observe aussi de petites raies curvilignes formées par la muqueuse de la langue. Les parents du petit malade interrogés nous ont dit que l'enfant est venu au monde avec cette tumeur ; elle avait alors le volume d'un pois et siégeait plus à gauche qu'à droite. L'enfant n'a jamais refusé de prendre le sein. La mère nous a encore dit que cette tumeur grossissait chaque fois que l'enfant pleurait ; elle a ajouté aussi que le petit malade « fut jaune » pendant les trois premiers mois qui suivirent la naissance ; mais cette teinte jaune se borna à la figure et n'envahit jamais les autres parties du corps. Le père et la mère de l'enfant sont bien portants. M. Lannelongue est d'avis qu'on doit enlever cette tumeur. L'opération est faite quelques jours après l'entrée du petit malade. La tumeur a été énucléée facilement. La guérison a été rapide. L'examen histologique de ce kyste a été fait par M. Malassez, chef du laboratoire de M. Ranvier. De cet examen il résulte que le contenu de la tumeur est un liquide séreux, transparent, contenant quelques cellules épithéliales, mais le fait le plus intéressant est le suivant : M. Malassez a reconnu que la paroi interne du kyste était tapissée par un épithélium pavimenteux à cils vibratiles.

OBSERVATION XXIII (DARDIGNAC). — *Soc. de chirurgie*, 1883, p. 110.
— Origine congénitale, accroissement rapide vers la 20^e année, siège exactement médian, adhérences intimes avec le périoste du maxillaire inférieur au niveau des apophyses géni, connexions plus lâches avec la muqueuse buccale et les muscles géniens ; consistance

mollasse ; indolence absolue : tous ces signes permettent de poser un diagnostic qu'une ponction exploratrice vient encore confirmer. Après la sortie de quelques grammes de liquide, l'issue de matière sébacée ne permet plus de douter, et l'extirpation rapidement conduite ne présente de difficultés qu'au point d'implantation de la tumeur. Le Dr Dardignac sectionne le pédicule ; puis après quelques jours, lorsque les phénomènes inflammatoires ont complètement cessé, il détache par le grattage les derniers restes de la poche kystique. La guérison rapidement complète, est suivie de la disparition de tous les troubles fonctionnels résultant du volume relativement considérable de la grosseur et de ses rapports avec la langue. L'examen histologique de la poche a été fait.

OBSERVATION XXIV (BARKER). — *Trans. of the clin. soc. of London* 1883, p. 215. — Mme L... 28 ans, entra à l'hôpital le 9 août 1882, pour une tumeur située dans le corps de la langue. Depuis 6 ans elle a remarqué une gêne de la déglutition. Il y a 2 mois on a constaté une tumeur qui a augmenté depuis. La tumeur médiane est située derrière la symphyse du menton, elle repousse en avant la muqueuse, de manière à laisser un intervalle entre le dos de la langue et la partie inférieure. Elle fait saillie sous le menton d'environ 4 pouce $1/2$, donnant à la malade l'apparence d'avoir un double menton. La peau est normale, nullement adhérente à la tumeur. La langue est repoussée en totalité en haut vers la voûte palatine. De là résulte une grande gêne de la parole. La muqueuse qui recouvre la tumeur est amincie et parcourue de larges veines. La tumeur est fluctuante, mais ne montre aucune trace d'inflammation, elle est indolente. Elle donne lieu à une gêne de la parole et de la déglutition, qui va toujours en augmentant. Une ponction faite donne issue à une matière blanchâtre, qui sous le microscope, présente tous les caractères de la sécrétion sébacée.

Le 12 août, opération. Une incision fut faite sur la ligne médiane, depuis la symphyse du menton, jusqu'à 2 pouces $1/2$ au-dessous. Elle divise la peau, le raphé myloïdien, et donne accès à la tumeur, qui fut reconnue entre les génio-hyoïdiens. La poche était gris-pâle,

elle se laisse énucléer facilement des tissus voisins, sans instruments tranchants, et sans ouvrir sa cavité. Elle adhérait solidement au corps de l'os hyoïde. Écoulement sanguin insignifiant. Le doigt introduit dans la cavité résultant de l'extirpation, montre que la tumeur était située entre les génio-hyoïdiens, dans le corps de la langue, et séparée de la cavité buccale par la muqueuse épaisse du dos de la langue. On suture la peau et on met un drain. Le 15 août, la plaie est réunie, sauf au point occupé par le drain.

Le kyste était rempli d'une matière puriforme. La poche était formée de tissu fibreux, sa face interne était blanchâtre, ridée et avait l'apparence de l'épithélium cutané. Le contenu épais, semblable à de la purée de pois, de couleur pâle ne contient pas de corps organisés. A l'examen microscopique on voit des cellules épithéliales à l'état de dégénérescence graisseuse et des cristaux de cholestérine en abondance.

OBSERVATION XXV (BARKER, *eodem loco*). — J'ai vu un autre cas semblable au précédent. Il était situé également entre les muscles génio et hyo-glosses. Il avait la même apparence nacrée et le même contenu. Comme il était moins volumineux, je pus le disséquer par la bouche, la femme s'y prêtant facilement. Guérison sans suppuration, et en peu de jours.

OBSERVATION XXVI (GERSTER). — *New-York, med. journ.*, 1883, p. 578. — Jeune fille de 13 à 14 ans, portant une tumeur kystique, ayant apparu de bonne heure dans l'enfance. La tumeur du volume d'une grosse noix occupe les 2/3 de la longueur de la langue. Par une ponction et l'examen du contenu, on diagnostique un hygroma. Le chirurgien, trouvant que le sac vide avait des parois épaisses, se décide à l'enlever entièrement. Il lia d'abord l'artère linguale. Puis, la bouche étant maintenue ouverte, un fil fut passé à travers la base de la langue, et l'organe attiré en avant. La tumeur fut découverte par une incision menée sur le bord de la langue, et le sac fut excisé avec des ciseaux et une pince. L'hémorrhagie fut très légère. La cavité fut lavée avec une solution phéniquée, et les bords de la plaie,

suturés avec de la soie fine. L'incision fut faite latérale à dessein, afin que le pansement qu'on y appliquerait put être retenu sans difficulté. De la gaze iodoformée fut appliquée sur l'incision. Quand on l'enleva, la blessure avait bon aspect. L'enfant quitta l'hôpital le 5^e jour.

OBSERVATION XXVII (WRIGHT). — *The medical Record*, 1885, p. 537. — La malade est une fille de 6 ans, bien développée. A la naissance, la langue était un peu plus large qu'à l'état normal, et projetée légèrement hors de la bouche, ce qui n'empêcha pas la succion. L'enfant prospéra jusqu'à l'âge de 2 ans. A ce moment, la langue commença à grossir très rapidement, et en peu de mois, prit de telles proportions, qu'elle ne pouvait être ramenée en arrière des arcades dentaires, qu'avec la plus grande difficulté. Le langage devint inintelligible pour tous, excepté pour la mère de l'enfant. La mastication est impossible depuis un an et demi, l'alimentation est exclusivement liquide.

A l'examen fait le 3 avril 1884, l'enfant a 6 ans, elle se porte bien. La langue fait hors de la bouche une saillie de 2 pouces $1/2$ au delà des incisives, et mesure 5 pouces de circonférence. Sa surface est couverte de squames larges, épaisses et brunâtres. La salive s'écoule constamment de la bouche. La parole est très altérée. Par un grand effort, la langue peut être rentrée, et les lèvres fermées, mais habituellement, elle pend sur le menton, comme le montre la figure. Au toucher, la tumeur semble solide, mais une sensation de fluctuation indistincte près du centre, fait penser à un kyste. La mâchoire inférieure est déformée. Si la langue est retirée, et les molaires sont mises au contact, les incisives supérieures et inférieures sont séparées par un intervalle d'un pouce et demi. Les dents de la mâchoire inférieure, surtout les incisives et les canines, sont placées très irrégulièrement. Quelques-unes ont été expulsées de leur alvéole, d'autres sont situées presque horizontalement avec leur bord tranchant projeté en avant. Toutes sont couvertes d'une couche épaisse de tartre.

Le 8 avril 1884, la malade étant éthérisée, deux fortes aiguilles légèrement courbes portant une double ligature de soie, furent pas-

sées à travers la base de la langue. On enlève les aiguilles, et on noue chacun des fils, de façon à serrer chacune des 2 moitiés latérales de la langue, comme moyen d'hémostase. Une incision fut faite sur la face supérieure de la tumeur. Il en sortit environ 3 onces d'un liquide épais, jaunâtre, d'aspect purulent. En introduisant le doigt dans la cavité, on sent que les parois sont formées par une paroi épaisse. Comme la langue était exubérante, même après que le kyste eut été vidé de son contenu, on l'amputa au niveau des incisives. On fit une incision antéro-postérieure, et on disséqua ensuite la partie postérieure du kyste. Les vaisseaux furent liés avec de la soie phéniquée fine. Les ligatures temporaires à travers la base de la langue furent enlevées, et les bords de la plaie réunis par quelques points de suture. Guérison rapide. Deux semaines après, on enlève la première molaire permanente de chaque côté de la mâchoire inférieure, pour permettre aux dents antérieures de se rapprocher.

Le 18 mai. Depuis l'opération, la malade a porté un bandage mentonnier attaché au sommet de la tête, dans le but de relever le menton abaissé. Les lèvres peuvent maintenant se fermer avec facilité, la parole est normale.

Au mois de février de l'année suivante, les incisives temporaires sont tombées, les dents permanentes ont pris leur place. Elles sont larges, régulières, fortes et en contact, quand la bouche est fermée.

OBSERVATION XXVIII. (FAWELL). — *The Lancet*, 1885, p. 843. — Une fille de 17 ans, entra à l'infirmerie avec une grosseur située au-dessous de la langue, du volume d'une petite orange. Elle remplit la bouche, repoussant la langue vers la voûte palatine, de telle sorte que la malade ne peut avaler de solides. Elle est d'ailleurs bien portante, et dit qu'elle a toujours eu une petite grosseur à cet endroit, aussi loin que ses souvenirs puissent remonter ; et qu'elle n'a augmenté de volume que depuis 3 mois. Un médecin l'a déjà soignée et a passé un séton, puis a incisé la tumeur. Mais celle-ci s'est reformée et a même dépassé son volume primitif.

Saisissant la partie antérieure de la tumeur avec une pince à forcipressure, et excisant une partie considérable de la paroi antérieure,

on voit s'échapper une grande quantité de matière sébacée épaisse, dans laquelle des poils étaient mêlés. La plaie se cicatrisa rapidement, et 9 mois après il n'y avait pas de récive.

OBSERVATION XXIX (VERCHÈRE et DENUCE). — *Bulletin de la Société anatomique*, 1885, p. 467. — Antoine B... âgé de 5 ans, enfant d'un caractère éveillé, d'une intelligence vive, entre à la Pitié le 29 août 1885. Ses parents qui habitent la campagne, l'ont conduit à Paris pour consulter M. Verneuil. Leur fils est atteint depuis sa naissance d'une augmentation singulière du volume de la langue. Dans la famille du petit malade, on ne trouve aucun fait analogue : ses parents, robustes paysans, jouissent d'une excellente santé. Les renseignements sur les antécédents du petit malade et la marche de sa maladie sont fournis par le médecin de province qui l'a soigné jusqu'alors. L'enfant a eu la rougeole il y a environ un an. Il n'a été atteint d'aucune autre affection. Son état général est excellent. Dès la naissance on a pu constater que le volume de la langue était exagéré. Il semblait qu'une tumeur, occupant toute l'épaisseur de l'organe, fit surtout saillie à sa face inférieure. Aucune influence extérieure, chute, coups, blessures, n'explique l'apparition de cette tumeur, dans laquelle le médecin, dès le début a reconnu de la fluctuation. Il y a trois mois, le médecin ponctionna la langue malade et plaça un drain traversant l'organe de part en part. Le drain fut laissé à demeure plus d'un mois sans résultat. La tumeur reprit rapidement son volume primitif dès que les drains eurent été supprimés. En examinant l'enfant à son entrée, le 29 août, on constate que la langue fait saillie hors de la cavité buccale. Son extrémité antérieure, renflée en massue, s'avance entre les arcades dentaires, et obstrue tout l'orifice buccal. A cette extrémité, l'épaisseur est d'environ 0,03 centimètres. A la palpation, on ne peut sentir de tumeur indépendante ; l'augmentation de volume semble porter sur l'organe tout entier. Une exploration attentive révèle une fluctuation manifeste. La langue semble transformée en une poche liquide, dont les parois supérieure et inférieure seraient particulièrement minces. La fluctuation est perceptible en arrière jusqu'à la base. L'arcade dentaire

et le maxillaire inférieur ont subi une déviation spéciale et très accentuée. Les dents incisives et canines inférieures sont repoussées en avant et obliques par rapport à la gencive. L'os maxillaire est repoussé de même. En outre, il est abaissé, et si les molaires inférieures rencontrent les molaires supérieures, il existe sur la ligne médiane un écartement de 3 centimètres, que le rapprochement des arcades dentaires ne peut combler. Cet espace est occupé par l'extrémité de la langue augmentée de volume. Le 31 août, il se fait une légère inflammation sur un des côtés de la langue, vers son tiers antérieur. Peu à peu, la muqueuse amincie, se perfore et donne issue à un liquide purulent fétide. Ce liquide est louche, presque opaque. Il se coagule en masse par l'action de la chaleur. A l'examen microscopique, on y rencontre de nombreux leucocytes granuleux, sans noyau, ou du moins à noyau absolument indistinct. L'action de l'acide acétique ne réussit que très peu à les éclaircir. Quelques hématies, très peu nombreuses, et surtout un assez grand nombre d'éléments épithéliaux, nagent encore dans le liquide. Ces éléments épithéliaux présentent en général une forme cylindro-conique, ou polyédrique ; leur protoplasma est très granuleux. Dans quelques cellules, on peut voir un noyau que le carmin teint d'ailleurs assez faiblement, et dont les contours restent très peu distincts. Le pus ayant été recueilli au moyen d'une pipette fine, introduite dans le trajet fistuleux, il est certain que ces cellules proviennent bien de la cavité purulente. L'examen des lamelles préparées par le procédé d'Ehrlich, ne montre aucun bacille de Koch. La coloration des lamelles par le procédé de Gramm révèle la présence dans le liquide, de quelques micro-organismes, coccus, diplococcus, ou chaînettes à grains irréguliers, en un mot, des bactéries communes à toutes les collections purulentes. L'écoulement du pus se faisant mal, et la tumeur n'étant jamais complètement vidée, M. Richelot se décide à une intervention chirurgicale. Le petit malade étant chloroformé, la langue est transpercée de part en part avec un bistouri entrant par l'un des bords à quelques centimètres de la pointe, et sortant par le bord opposé. Le bistouri, tenu à plat, est ramené en arrière, prolongeant les incisions vers la base, et ménageant la pointe de l'organe. Le

pus s'écoule abondamment. En introduisant le doigt dans la cavité, on constate que celle-ci est assez vaste, qu'elle occupe presque toute l'épaisseur de la langue et qu'elle s'étend en arrière au delà de la pointe du V lingual et jusque vers la base. Le raclage de la paroi, tenté avec la curette de Volkmann, ne donne aucun résultat. Un drain est passé par les incisions qui sont suturées au crin de Florence. La réunion eut lieu par première intention ; mais quand, au bout de 15 jours, on retira les drains, la collection liquide et la tuméfaction se reproduisirent. Le 7 octobre, M. Richelot fit une nouvelle tentative suivie cette fois d'un succès complet. Il pratiqua une incision curviligne, suivant les bords de la langue et intéressant la pointe. La langue se trouva dédoublée dans toute l'étendue de la cavité purulente. On put alors constater que cette cavité n'offrait aucun des caractères des abcès froids. Sa paroi était, non pas tomenteuse, mais tapissée par une membrane d'un rouge vif, consistante et lisse. Cette membrane est excisée par morceaux et enlevée toute entière. Un lambeau comprenant toute la hauteur de la pointe, est compris entre deux incisions et enlevé également. La perte de sang a été peu considérable. Au cours de l'opération, on a dû lier une artère linguale. Un drain médian étant placé, toute l'étendue de l'incision est suturée au crin de Florence. Deux sutures profondes, également au crin, traversent la langue, de sa paroi supérieure à sa paroi inférieure. Les jours suivants, le volume de la langue augmenta un peu par suite d'un gonflement inflammatoire notable. Tout disparut au bout de 8 jours. La réunion était complète par première intention et les fils purent être retirés. La langue a repris son volume normal. Le petit malade parle et mange facilement. Les arcades dentaires sont toujours écartées à la partie moyenne. M. Verneuil conseille la compression élastique, renouvelée chaque nuit, au moyen d'une bande en caoutchouc. Le 16 octobre, Antoine B... sort guéri.

De l'examen microscopique de la tumeur, il résulte que la paroi de la cavité purulente est revêtue par places d'un épithélium cylindrique et contient de nombreuses cryptes glandulaires tapissées d'un épithélium semblable. Des fragments du lambeau enlevé à la pointe de la langue sont mis à durcir dans l'alcool absolu. Les parties laté-

rales de ces fragments reconnaissables à leur peu d'épaisseur correspondent aux sections pratiquées par l'instrument tranchant, tandis que les deux autres faces représentent, l'une la muqueuse linguale, l'autre la paroi de la cavité purulente. Ces fragments sont coupés en tranches minces, perpendiculaires à la surface de la muqueuse, et comprennent par conséquent la coupe de la muqueuse, du corps charnu de la langue et de la paroi de la cavité purulente. Les coupes colorées au micro-carminate d'ammoniaque sont montées dans la glycérine. Examinées à un faible grossissement (oc. I, obj. 4, Verick), elles permettent de s'orienter facilement. La muqueuse linguale se présente d'abord avec ses caractères normaux : peut-être cependant les papilles ont-elles un volume un peu réduit. — Immédiatement au-dessous se montre la couche musculaire. Les fibres musculaires, coupées les unes en travers, perpendiculairement à leur axe, les autres suivant un plan plus ou moins oblique semblent normales. Toutefois, il faut reconnaître que les faisceaux musculaires sont moins rapprochés que sur une langue saine : il y a une prolifération notable du tissu interstitiel, prolifération qui s'accroît à mesure qu'on s'éloigne de la muqueuse. Les vaisseaux sont nombreux. Leur diamètre est assez considérable, l'épaisseur de leur paroi est augmentée, cette augmentation portant particulièrement sur la couche musculaire. A la périphérie des vaisseaux, on constate la présence d'une couche annulaire de tissu conjonctif assez dense. En approchant de la paroi de l'abcès, on trouve le tissu conjonctif infiltré de cellules jeunes ; celui-ci est de plus en plus abondant, et les fibres musculaires deviennent de plus en plus rares. La paroi de la cavité purulente est anfractueuse ; elle offre une série de petites dépressions, assez rapprochées en certains points. Cette paroi se compose de deux zones dont la coloration présente une différence tranchée. La plus profonde, celle qui touche à la couche musculaire, est vivement colorée en rouge. Elle se continue d'une façon insensible avec la couche sous-jacente. Entre elle et la couche superficielle, celle qui forme la paroi immédiate de la cavité, existe une ligne de démarcation beaucoup plus nette. Cette dernière est pour ainsi dire incolore, ou plutôt offre une teinte intermédiaire entre le jaune et

le brun très clairs. Elle n'est pas continue et n'existe nettement que dans les dépressions du bord : sur le bord même, on ne la trouve que par intervalles. Avec un fort grossissement (oc. I, Verick, obj. 7, Verick, ou D. D. Zeiss), on reconnaît que la zone profonde, vivement colorée, est constituée par du tissu conjonctif, infiltré d'éléments embryonnaires, présentant tous les signes d'une inflammation assez intense. La zone superficielle est composée de cellules épithéliales, faciles à étudier dans les cryptes. Ces cellules sont cylindriques : leur hauteur égale de 8 à 10 millièmes de millimètre. Leur largeur varie entre 2 et 3 millièmes de millimètre. Du côté où elles sont implantées, elles se terminent par une pointe conique latéralement déviée. Leur extrémité libre forme un plateau, sur lequel il est impossible de reconnaître la présence de cils vibratiles. Leur protoplasma est trouble, très granuleux. Quelques-unes contiennent une masse légèrement colorée en rose, un noyau peu distinct plus rapproché du point d'implantation que de l'extrémité libre. En dehors des cryptes, les cellules ne se rencontrent qu'en certains points : leurs caractères sont beaucoup moins nets. Il semble qu'on ait affaire plutôt à des débris de cellules encore adhérents à la paroi qu'à des cellules intactes. Dans les intervalles de ces plaques épithéliales, le bord est formé par la zone embryonnaire. Les fragments excisés présentent une disposition analogue. En résumé, les préparations montrent du tissu lingual fortement enflammé. La paroi de la cavité purulente est revêtue par places d'un épithélium cylindrique, et contient de nombreuses cryptes glandulaires tapissées d'un épithélium semblable.

OBSERVATION XXX (HADDEN). — *Trans. of the pathol. soc. of London*, 1886, p. 225. — Le kyste a été enlevé sur un enfant âgé de 4 mois, porteur d'un spina-bifida. La tumeur est globuleuse, mesure $\frac{1}{4}$ de pouce de diamètre. Elle est située sur la ligne médiane de la langue, en arrière des papilles caliciformes formant le V lingual. Le contenu est une matière demi-solide, gélatineuse.

OBSERVATION XXXI (PAGET). — *Trans. of the pathol. soc. of London*, 1886. — Le kyste était situé sous la langue d'une petite fille.

Il occupait la ligne médiane du plancher de la bouche et avait l'apparence d'un abcès. Il a été incisé deux fois, et un liquide épais, semblable à du pus en est sorti. Comme il a récidivé, on le disséqua. Le kyste mesure environ $\frac{3}{4}$ de pouce de diamètre, sa surface interne est constituée par un épiderme, avec quelques poils très fins. En quelques points on voit une légère saillie verruqueuse de l'épithélium. Les papilles du chorion, et cette partie du chorion, qui est située au-dessous du réseau de Malpighi, sont chargées d'un pigment noir, granuleux. La couche de Malpighi n'est pas pigmentée.

OBSERVATION XXXII (GÉRARD-MARCHANT). — *Bull. Soc. anat.*, 1886, p. 653. — Mademoiselle Anne C..., âgée de 24 ans, présente depuis sa naissance une grosseur qui fait saillie dans la bouche et sous le menton. La mère nous raconte que dans les premiers jours de l'existence de sa fille, elle a remarqué cette tuméfaction : « elle a toujours eu, dit-elle, un double menton ». Le volume de cette tumeur s'est accru peu à peu, mais c'est surtout depuis 2 ans qu'elle a pris des proportions notables, et qu'elle est devenue gênante.

Voici l'ensemble des troubles fonctionnels présentés par la malade : gêne de la déglutition, qui est longue à se faire, hésitante, puisque très souvent Mlle A. avale de travers. Nausées qui surviennent très facilement au moment de la toux. « Je sens là dans ma gorge quelque chose de gros, dit la malade ; cela me gêne encore pour parler ; ma langue se renverse, cloche au moment de l'émission des sons, et je suis souvent gênée, pour respirer, lorsque je suis couchée ». Tel est l'ensemble des troubles fonctionnels. L'examen local révèle une déformation de la région sus-hyoïdienne, et de la région sublinguale. Il existe une saillie médiane, repoussant la peau de la région sous-maxillaire et soulevant la muqueuse sublinguale. Cette saillie déforme la peau, d'une part, et la muqueuse d'autre part, suivant une courbe veule, arrondie. Muqueuse et peau sont absolument normales, libres d'adhérences ; elles sont seulement refoulées uniformément sur tous les points. La langue est soulevée, ramassée en arrière, et si la malade essaye de la projeter en avant, on la voit se mouler, s'arrondir, sur la surface de la grosseur, sans que la

pointe puisse franchir les arcades dentaires, au-delà de quelques millimètres. La palpation révèle une tumeur située profondément dans le plancher de la bouche : l'exploration bi-manuelle, avec un ou deux doigts de la main droite placés sous la langue, pendant que ceux de la gauche explorent la région sous-maxillaire, cette exploration révèle une tumeur qui oscille dans ce plancher buccal, dans le sens des pressions. Elle se déplace alternativement vers la région sublinguale et la pression dans la cavité buccale la repousse vers la région sus-hyoïdienne, mais ces déplacements sont lents à se produire. La palpation révèle encore qu'il s'agit d'une tumeur à contours arrondis, des dimensions d'un œuf; mais il est impossible de suivre toute la périphérie de la tumeur, le doigt étant arrêté par des surfaces rénitentes, ne se laissant pas déprimer; impression qui révèle la notion d'une tumeur arrondie, mais profondément cachée, enveloppée. Cette tumeur n'est pas fluctuante, si on a le soin de la fixer, manœuvre d'ailleurs difficile : elle est résistante, offrant cependant une certaine élasticité. A sa surface la pression du doigt ne produit absolument aucune empreinte. Cette tumeur est mobile avec l'os hyoïde pendant les mouvements de déglutition; et si pendant un de ces mouvements l'index et le pouce cherchent à séparer la tumeur de l'os hyoïde, on sent qu'elle est fixée, adhérente à cet os et entraînée par lui. Il est possible au contraire, par l'exploration profonde intra-buccale, d'interposer l'extrémité de l'index entre la tumeur et la face postérieure et médiane du maxillaire inférieur. En présence de ces caractères, tumeur congénitale, arrondie, située entre les muscles du plancher de la bouche, adhérente à l'os hyoïde, tumeur ferme, non fluctuante, nous portons le diagnostic de tumeur dermoïde du plancher de la bouche, repoussant celui de grenouillette que nous donnait la mère de la malade. Nous conseillons l'opération, qui est acceptée; le kyste a été enlevé en totalité par la voie sus-hyoïdienne, en suivant les précautions sur lesquelles nous insisterons plus loin. La tumeur était située entre les muscles génio-hyoïdien et génio-glosse, entourée d'un tissu cellulaire lâche, énucléable partout, par le doigt, sauf au niveau de l'os hyoïde, où elle présentait une attache fibreuse qui avait été diagnostiquée et pré-

vue. La guérison s'est faite en 3 semaines et a été absolument satisfaisante. La tumeur parfaitement arrondie, avait le volume d'un œuf. Sur la tumeur principale était greffée, dans le voisinage de l'os hyoïde, une deuxième petite grosseur, du volume d'un haricot. La paroi, d'un blanc nacré, était épaisse ; le contenu était formé par de la matière sébacée d'un blanc laiteux. Voici l'analyse histologique de la pièce, que nous avons confiée à M. Dubar, sous-chef du laboratoire du professeur Trélat à la Charité. Ce kyste présente à étudier : 1° sa paroi ; 2° son contenu.

1° Sa paroi qui est plane dans presque toute son étendue, offre un certain nombre de prolongements, plus ou moins étroits et allongés. Elle a une structure analogue à celle de la peau, c'est-à-dire qu'elle est formée d'une couche de tissu conjonctif, tapissée d'un épithélium pavimenteux stratifié. La couche sous-épithéliale est constituée par un tissu conjonctif à cellules aplaties, renfermant un certain nombre de fibres élastiques, des vaisseaux, artères et veines, des nerfs. L'épithélium qui la recouvre a une structure identique à celle de l'épiderme, c'est-à-dire qu'il est formé :

a) D'une couche de cellules cylindriques reposant sur la membrane conjonctive ; b) d'une couche de cellules polygonales à dentelures très fines, se joignant avec celles des cellules voisines ; c) d'une couche de cellules remplies de granulations d'éléidine ; d) de cellules cornées, en couche très épaisse.

2° Son contenu est constitué par des cellules épidermiques ayant subi la dégénérescence cornée. Il y existe aussi un grand nombre de granulations graisseuses. La structure de la paroi de ce kyste et la composition de son contenu montre qu'on a bien affaire à un kyste dermoïde.

OBSERVATION XXXIII (RECLUS). — *Bull. Soc. anat.*, 1886, p. 653.
— Garçon de 23 ans (août 1886) belle santé ; rien de bien particulier à noter dans ses antécédents. Il a toujours eu le cou un peu gros à sa partie supérieure ; la région sus-hyoïdienne était tendue et un peu saillante. Peu à peu la tuméfaction s'est accentuée, et lorsque le malade nous consulte, voici ce que nous constatons : tu-

meur arrondie dans la région sus-hyoïdienne régulièrement distendue : cette tumeur est limitée en avant par la courbe du maxillaire, et en bas par l'os hyoïde légèrement débordé. Lorsque le malade ouvre la bouche on voit la langue soulevée et appliquée contre la voûte palatine ; elle est ainsi refoulée par la tumeur sus-hyoïdienne qui fait saillie dans la bouche et soulève le plancher ; la pression exercée sur la saillie intra-buccale se transmet intégralement au doigt placé sur la saillie sus-hyoïdienne. Il s'agit évidemment d'une tumeur liquide d'origine congénitale et qui s'est surtout accrue à partir de l'âge de 20 ans. *Diagnostic* : kyste dermoïde vérifié par une ponction exploratrice qui donne issue à une substance butyreuse. Incision sur la ligne médiane, de la symphyse mentonnière à l'os hyoïde, division de la peau, du tissu cellulaire ; écartement des muscles ; la tumeur à paroi blanche, épaisse, résistante est saisie ; ponction ; issue d'une certaine quantité de substance butyreuse ; pince à forcipressure pour oblitérer l'ouverture et conserver un certain volume à la tumeur que l'on attire et que l'on détache des parties adjacentes ; énucléation est assez facile sauf au niveau de l'os hyoïde, à la face postérieure duquel elle adhère ; section d'un pédicule ; drain suturé au crin de Florence. Guérison rapide.

OBSERVATION XXXIV (SUTTON). — *Trans. of the path. soc.*, 1887, p. 387. — Pendant l'automne dernier, un homme de 24 ans vint dans mon service, avec une tumeur occupant le plancher de la bouche, au voisinage du frein, sur la ligne médiane. En 9 ans, il a subi 7 opérations. Le kyste, qu'on supposait être une grenouillette, a récidivé après chaque tentative opératoire. Quand je vis le malade, le kyste n'avait pas l'apparence habituelle de la grenouillette, et en incisant sa paroi, il en sortit une matière jaunâtre, visqueuse, qui par son aspect particulier, me prouva que la grenouillette supposée était un kyste dermoïde. Le malade étant endormi, on disséqua le kyste au moyen de deux pinces à forcipressure. Il était situé entre les génio-glosses, et attaché si intimement au corps de l'os hyoïde, qu'il fut nécessaire d'employer la rugine pour le détacher. L'hémorrhagie fut minime, mais quelques heures après l'opération, elle se

reproduisit. Néanmoins la guérison ne tarda pas. Le kyste était rempli de matière sébacée, quelques poils s'y trouvaient. L'examen histologique de la poche en fit voir la structure dermoïde.

OBSERVATION XXXV (FERRON). — *Gaz. hebdom. de méd. et chir.*, 1887, p. 150. — Le nommé X..., jeune soldat au 50^e d'infanterie, se présente à ma visite, se plaignant d'une gêne respiratoire datant de plusieurs années ; il s'essouffle, dit-il, très facilement, et ne peut soutenir le pas gymnastique. Agé de 22 ans, pâle, mais bien constitué, ce militaire n'a jamais été malade ; l'examen de sa poitrine a affirmé l'excellent fonctionnement du cœur, des poumons ; ce n'est pas si profondément qu'il faut rechercher la cause de la difficulté d'inhalation qu'il accuse. La voie nasonnée, la déformation d'un nez fort, légèrement aplati à droite, très proéminent à gauche, attirent l'attention sur cet organe. X... a des épistaxis fréquentes ; il a remarqué que s'il vient à comprimer, à l'aide du doigt, la narine droite, tout en fermant la bouche, il ne peut respirer. La fosse nasale gauche est distendue par une tumeur dont l'aspect est caractéristique ; je l'enlève non sans difficulté à l'aide d'une pince, après torsion du pédicule ; c'est un polype très volumineux, dont les embranchements au nombre de cinq, se comprimant mutuellement, obstruaient la cavité gauche, et déformaient le nez. L'hémorrhagie, assez abondante, arrêtée, je constate en comprimant la narine opposée, le libre passage de l'air, et je suppose, la pince ne rencontrant pas de nouvel obstacle, que le polype est unique ; l'examen au miroir, pratiqué le surlendemain, confirme cette hypothèse. Pendant cette exploration, je suis frappé du maintien constant de la bouche béante, du refoulement de la langue contre la voûte palatine, et enfin de la présence d'une tumeur offrant à peu près le volume d'un œuf, occupant le plancher de la bouche, plus prononcée à gauche, ne formant pas de saillie appréciable dans la région sus-hyoïdienne. Cette tumeur régulière, lisse, non transparente, tendant fortement la muqueuse, dont la couleur est restée normale, est molle, non réductible ; elle est le siège d'une fluctuation assez obscure. Elle gêne les mouvements de la langue, qui ne présente aucune altération dans sa tex-

ture ; pas d'adénopathie dans le voisinage. X... prétend que le volume de la tumeur augmente depuis quelque temps, mais il est persuadé qu'elle existe depuis son enfance ; il n'en souffre nullement ; il lui rapporte en partie son essoufflement facile et surtout les morsures fréquentes subies par la langue ; il est désireux d'en être débarrassé. Me croyant en présence d'une tumeur développée dans la bourse de Fleischmann, je me décide à intervenir par l'excision d'une partie de la poche, ainsi que je l'avais fait quelques jours auparavant, avec succès, chez un autre soldat réellement atteint de grenouillette. N'ayant pas de tenaculum, je plonge le bistouri dans la partie la plus saillante de l'ovoïde, je vois alors, à ma grande surprise, sortir un ruban blanchâtre formé d'une pâte ressemblant à une crème à la Chantilly, consistante, s'enroulant en vrai serpent de Pharaon dans le bassin où je recueille cette substance. L'issue en était précipitée par les mouvements de la langue, par les contractions du plancher de la bouche du patient, dont l'effroi était extrême, et que j'avais grand'peine à faire maintenir sur sa chaise ; deux grandes cuillerées de matière furent ainsi expulsées. Le diagnostic rectifié par le contenu de la tumeur, je ne suppose pas que l'excision d'une partie de la poche, pratiquée aussitôt, soit suffisante à assurer la guérison de ce kyste dermoïde ; je fais un lavage à l'eau phéniquée faible, afin d'enlever les parcelles de matière sébacée qui pouvaient se trouver dans la cavité ; je promène dans toutes les directions un crayon de nitrate d'argent dans le but de modifier les parois du kyste, je fais 3 points de suture, j'enfonce profondément un drain assez volumineux, et je prescris des gargarismes au borate de soude. Cette intervention eût pour résultat un léger gonflement de la langue, une exsudation séreuse peu abondante. Cinq jours après, le drain ayant été chassé pendant le sommeil, j'enlève les points de suture, la plaie opératoire paraît cicatrisée. Le surlendemain, l'opéré demande son exeat de l'infirmerie ; je ne crois pas devoir l'ajourner, bien qu'il existe encore un peu d'empâtement du plancher de la bouche. Huit jours plus tard X... revient à la visite, la tumeur s'était reformée, beaucoup moins volumineuse, très fluctuante ; une incision livra passage à dix grammes de sérosité louche, infecte,

tenant en suspension des grumeaux de matière caséuse. La poche, lavée à l'eau phéniquée, fut touchée à l'aide de teinture d'iode, non réunie, mais drainée. Bien que l'intervention eût été plus douloureuse que la première, X... me demande à ne pas entrer à l'infirmerie. Il ne reparait que 4 jours après, racontant que le drain était sorti peu après son introduction, que la tumeur s'était formée à nouveau, mais qu'elle venait de crever sous l'influence de pressions énergiques exercées avec les doigts. Bien décidé à extirper la poche le lendemain, je fis entrer X... à l'infirmerie, me contentant pour le moment, d'un lavage à l'eau phéniquée faible et de gargarismes boratés. Dans le courant de la journée, M. le médecin major de 2^e classe, appelé près de X... le trouva en proie à une suffocation alarmante ; la langue était énorme, l'œdème avait envahi le plancher de la bouche, les régions sus et sous-hyoidiennes ; X... dans un état d'anxiété extrême, fut transporté à l'hôpital. Une application de sangsues, des scarifications profondes de la base de la langue amenèrent un peu de détente, les symptômes d'asphyxie cédèrent lentement. Cependant la gêne de la déglutition et de la respiration persista quelque temps encore, tandis qu'une suppuration abondante s'échappait de la cavité buccale ; le huitième jour, le malade m'annonça que pendant la nuit, à la suite d'efforts de vomissements, il avait rendu une membrane épaisse, qui malheureusement, avait été jetée avec les matières vomies. Il s'agissait, sans aucun doute, de la poche kystique détachée et éliminée par le processus inflammatoire ; j'ai regretté vivement de n'avoir pu l'examiner. Dès ce moment, la guérison a suivi une marche rapide ; j'ai souvent revu X... depuis sa sortie de l'hôpital, la tumeur n'a pas récidivé.

OBSERVATION XXXVI (RECLUS). — *Gaz. hebd. de méd. et chir.* 1887, p. 75. — Un cultivateur béarnais débarque à Paris dans une situation fort précaire ; depuis 3 fois 24 heures, il lui était impossible de prendre la moindre nourriture : la cavité buccale était oblitérée par l'accroissement subit d'une tumeur qui refoulait la langue en arrière et s'appliquait sur la voûte palatine, occupant tout l'espace situé entre les arcades dentaires et le pharynx. Le malheureux affolé

avait pris le train, et 18 heures après, il était dans notre service. Je connaissais son histoire ; pendant les vacances, au mois de septembre, il m'avait consulté, effrayé par les progrès rapides d'une tumeur du plancher buccal. Il y a 3 ans, le malade avait alors 27 ans, il sentit une grosseur du volume d'une noisette, arrondie, mobile, et qui commençait à soulever la langue. Elle augmentait peu à peu sans déterminer la moindre douleur ou même une gêne appréciable. Au bout d'un an elle était comme un œuf ; au bout de deux, comme une orange ; au bout de trois, lorsque nous avons pratiqué notre premier examen, comme le poing d'un adulte. Elle proémine à la fois sur le plancher de la bouche et dans la région sus-hyoïdienne, où elle occupe la région sous-mentonnière. La tumeur continue pour ainsi dire, la face, qui en est allongée d'autant, ce qui imprime à la physionomie un aspect bizarre. La surface en est lisse et régulièrement arrondie sous les muscles et sous la peau souple et mobile qui la recouvre. En arrière de l'arcade dentaire, la saillie est non moins considérable ; elle refoule la langue, et vient appliquer, sous la voûte palatine, la muqueuse rouge, épaissie, plus vascularisée, mais sans adhérences. La fluctuation est évidente, et la pression exercée par un doigt sur le segment buccal se transmet intégralement au doigt qui refoule le segment sus-hyoïdien. Il n'existe encore que peu de troubles fonctionnels : la respiration est facile, la déglutition est peu gênée, la mastication est possible, et la voix n'a subi qu'une légère modification de son timbre.

Mon diagnostic fut vite porté : cette tumeur fluctuante et molle ne pouvait être — pour laisser de côté les kystes hydatiques, dont on cite deux cas à peine — qu'une grenouillette, un lipome, une tumeur érectile ou un kyste dermoïde du plancher buccal. Ce n'était pas une grenouillette, une grenouillette aussi volumineuse aurait donné à la muqueuse distendue une coloration bleuâtre, une demi-transparence, ou même une véritable translucidité. Ce sont là les caractères des grenouillettes sus-hyoïdiennes, si bien décrites par Delens, et qui font saillie au-dessus et au-dessous du plancher de la bouche. On ne saurait les confondre avec notre tumeur plus grosse, opaque et à parois évidemment fort épaisses. Ce n'était pas un lipome : « les

grenouillettes graisseuses sus-hyoïdiennes » comme on les appelle, sont irrégulières, lobulées. La muqueuse buccale laisse voir souvent par transparence une coloration jaunâtre particulière ; la compression de la tumeur fait éprouver, dit-on, une sensation spéciale, « la collision crépitante », qui d'après Richet et Morel-Lavallée, serait absolument caractéristique ; enfin on n'a pas, que je sache, décrit encore des lipomes d'un tel volume. Aussi ne pouvait-on y songer pour notre tumeur énorme, lisse, régulière, sans bosselures et très nettement fluctuante. Ce n'était pas non plus une tumeur érectile, « la grenouillette sanguine » de Dolbeau, violacée, mollassse, réductible, et qui se gonfle sous l'influence des cris et des efforts, caractères dont aucun ne se retrouvait chez notre malade. Nous avons songé sur l'heure, à un kyste dermoïde du plancher buccal, dont nous connaissons bien l'évolution pour en avoir déjà observé un cas : notre homme est intelligent, or il nous affirme qu'il y a trois ans seulement, c'est-à-dire à 27 ans, qu'il a remarqué pour la première fois l'existence d'une tumeur ; la genèse en aurait été récente, tandis que les kystes dermoïdes sont d'origine congénitale. Cette objection n'était pas sans valeur ; mais je passai outre, car, dans nombre de cas, on signale le long sommeil de kystes congénitaux assez petits pour passer inaperçus. Tout à coup leurs parois secrètent avec plus d'abondance, ils grossissent, et on les prend alors pour un néoplasme acquis. Notre diagnostic fut vérifié, le malade réclamait une intervention immédiate, nous étions à la campagne, sans les instruments nécessaires, et presque sans aides. Nous pratiquons alors une ponction, et nous plaçons un tube à demeure qui permettra l'écoulement incessant des sécrétions pariétales jusqu'à ce qu'il nous soit loisible, lors d'un nouveau voyage, de recourir à une opération plus régulière. Le bistouri est plongé dans la région sus-hyoïdienne sur la ligne médiane, au point le plus saillant de la tumeur. Il s'enfonce à deux centimètres environ avant d'atteindre la poche, d'où s'écoulent plus de 400 grammes d'une substance granuleuse, qui rappelle à s'y méprendre, un épais bouillon de semoule. L'issue de cette substance est une des caractéristiques du kyste dermoïde. Tout marcha bien pendant un mois, mais par malheur, le tube tombe, on le retire,

l'orifice se referme, et peu à peu la poche se distend de nouveau. A la fin de décembre, trois mois après notre intervention, ses dimensions sont les mêmes qu'en septembre. Le 6 janvier, survient un accroissement subit qu'accompagnent une douleur vive, et une réaction inflammatoire appréciable. La poche augmente à tel point, que la bouche est oblitérée et que le malade ne peut avaler même les liquides. L'état s'aggrave le 7, aussi notre laboureur, peu habitué cependant aux voyages, se décide brusquement à quitter sa maison, et le 8 au soir, il entre à l'Hôtel-Dieu, où nous le trouvons le 9 au matin. L'état n'est pas absolument alarmant, car les fonctions respiratoires sont à peu près intactes, sauf lorsque le malade se baisse. Mais on ne pouvait le nourrir que par l'artifice d'une sonde nasale; la tumeur ne laisse passer ni les petites cuillers, ni le large bec d'une aiguère. Aussi la soif est ardente, les forces sont diminuées, et la surexcitation cérébrale est intense. Le kyste nous apparaît plus volumineux qu'à notre premier examen. En bas, il déborde l'os hyoïde de plusieurs travers de doigt; en haut, il remplit la bouche, et écarte les deux maxillaires, dont les dents sont distantes de plus de 2 centimètres. Il dédouble la muqueuse de la langue raccourcie, et qui semble un simple bourrelet saillant au-dessus du kyste. Aussi prendrait-on la tumeur pour une langue hypertrophiée, et la langue pour une petite tumeur. L'extirpation était urgente, nous la pratiquons, et notre diagnostic est confirmé une fois encore : les parois de la tumeur, comme déjà son contenu, témoignent en faveur d'un kyste dermoïde; elles sont mobiles sur les tissus voisins, denses, résistantes, et mesurent plus de 3 millimètres. A leur surface externe, elles sont lisses, bleuâtres, semblables à une sclérotique; à leur surface interne, elles sont irrégulières, chagrinées, et rappellent de la peau en macération. Vers la partie inférieure, cet aspect change : la paroi kystique y est molle, très vasculaire, elle se déchire au moindre effort, et l'on y constate la destruction des cellules épithéliales qui la tapissent; il s'est fait en ce point un travail spécial d'origine inflammatoire, qui nous explique le rapide accroissement qu'a pris la tumeur en moins de trois jours. L'examen microscopique pratiqué par M. Lion nous prouve qu'ici, comme

dans tous les kystes dermoïdes, la structure de la paroi est identique à celle de la peau : l'épithélium qui la recouvre rappelle l'épiderme, il est comme lui formé de plusieurs couches, et l'on trouve en allant de la surface libre ou interne vers la substance adhérente ou externe : 1° une couche de cellules cornées très épaisses ; 2° une couche de cellules simples remplies de granulations d'éléidine ; 3° une couche de cellules polygonales à dentelures très fines ; enfin 4° une couche de cellules cylindriques reposant directement sur le derme. Celui-ci est constitué par du tissu conjonctif à cellules aplaties et qui renferme dans son épaisseur des fibres élastiques, des vaisseaux, des nerfs et des glandes sébacées. Celles-ci déversent dans la cavité leurs produits de sécrétion, qui, mélangés aux débris des cellules épidermiques, forment la substance butyreuse, mélicérique, athéromateuse, signalée par tous les auteurs. La poche kystique était mobile sur les tissus environnants, sans adhérences, et avec le doigt ou la sonde cannelée, il nous a été facile de l'isoler partout, sauf en avant, vers les apophyses géni et la partie postérieure de la symphyse maxillaire. Là existait une bande fibreuse, d'une épaisseur de plus de 2 millimètres, sorte de pédicule se rendant de l'os à la paroi du kyste. Des tractions même énergiques n'ont pu le rompre, et il a fallu le sectionner avec des ciseaux.

OBSERVATION XXXVII (GUINARD). — *Bull. Soc. anat.*, 1888. — Le nommé Paul Br..., garçon cornier, âgé de 17 ans, entre le 4 février 1888, au n° 54 de la salle Michon, dans le service de M. Verneuil à la Pitié. Ce jeune homme ne présente sur le corps aucune trace de lésion congénitale. Il a remarqué il y a 2 ans pour la première fois qu'il avait dans la région sus-hyoïdienne, derrière la symphyse du maxillaire inférieur, une tumeur dure du volume d'une petite noisette. Au bout de quelques mois la tumeur, augmentant incessamment de volume, faisait saillie du côté du plancher de la bouche. Enfin actuellement, elle a atteint le volume d'un œuf de poule et gêne le malade en refoulant sa langue en arrière et en haut. Jamais le moindre phénomène douloureux de ce côté. La tumeur est tout à fait médiane, collée contre la symphyse du maxillaire inférieur. La

muqueuse buccale est normale à ce niveau, et n'adhère en aucun point à la tumeur qui la soulève. Les deux canaux de Warthon sont perméables : on voit la salive sourdre de chaque côté dès qu'on met un peu de sel sur la langue du malade. Au toucher, on a une sensation de fluctuation manifeste ; la tumeur est lisse, arrondie, sans bosselures. On se renvoie le flot avec un doigt dans la région sus-hyoïdienne et l'autre dans la bouche. Le 8 février, on ponctionne la tumeur avec un tube de Pasteur, et on retire par aspiration quelques grammes d'une purée grisâtre que l'examen microscopique permet de reconnaître comme formée de matière sébacée. Bien qu'on n'ait pas retiré par la ponction la moindre trace de cheveu, le diagnostic du kyste dermoïde congénital du plancher de la bouche s'impose. M. Verneuil en pratique l'extirpation le 16 février 1888. La muqueuse buccale est incisée transversalement sur la tumeur à deux centimètres environ en arrière de l'arcade du maxillaire. Puis, avec des instruments mousses le chirurgien détache aisément la poche des parties molles voisines. Mais en arrivant dans la profondeur, il reconnaît qu'il y a une solide adhérence non seulement au niveau des apophyses géni, comme cela est la règle, mais à tout le raphé fibreux qui va de ces apophyses à l'os hyoïde, le raphé intergénéio-hyoïdien. Ce n'est qu'à l'aide d'une rugine tranchante que M. Verneuil parvient à détruire ces adhérences, ce qui permet d'enucléer le kyste en totalité. La poche dont la paroi est résistante, contient une purée épaisse, homogène, de couleur grisâtre analogue à de la purée de marrons. On trouve sur sa face interne 3 ou 4 poils de duvet tout à fait incolores. L'examen macroscopique ne laisse aucun doute sur la réalité de kyste dermoïde..

OBSERVATION XXXVIII (LANNELONGUE). — *Traité des affections congénit.*, 1891. — Kyste dermoïde sus-hyoïdien médian. Ablation. Auguste Semmeré, âgé de 10 ans, entre à l'hôpital Trousseau le 8 mai 1887, salle Denonvilliers, n° 8. Cet enfant porte à la partie supérieure du cou, dans la région sus-hyoïdienne, une tumeur médiane avec un peu de prédominance à droite. Cette tumeur, du volume d'une petite mandarine, soulève la région cervicale en arrière-

du menton. Sa forme est régulièrement arrondie. Elle est sous-aponévrotique et n'adhère pas à la peau. Placée au-dessus de l'os hyoïde, elle ne semble pas affecter de rapport avec cet os ; car, si on le fixe, elle paraît mobile. Lorsqu'on la refoule en haut, elle soulève le plancher de la bouche, bien qu'elle n'arrive pas jusqu'à la muqueuse. Elle est médiocrement tendue, et ne paraît pas réductible. La fluctuation n'est pas facile à trouver. Elle semble uniloculaire ; sa consistance est uniforme. Lorsque l'enfant avale, la sangle musculaire, au-dessus de laquelle repose la tumeur, la comprime et la tend en la refoulant à droite. D'après le siège et les caractères physiques de cette tumeur, on peut penser à un lipome. Je rejette cette hypothèse, à cause de la mollesse diffuse et uniforme de la masse. La tumeur n'affecte aucun rapport direct avec les glandes du plancher de la bouche. Il est peu probable qu'il s'agisse d'une grenouillette antérieure. L'enfant porte quelques ganglions au cou et un petit goître. La maladie remonte à six mois. On ne peut hésiter qu'entre un kyste dermoïde et un lipome profond : la première hypothèse est beaucoup plus probable. Le 10 mai opération. Incision médiane, verticale. Il faut couper une couche de muscles pour arriver sur la tumeur. Elle se montre à travers la boutonnière de l'incision. Sa surface est nacrée et blanche. L'isolement est facile à l'aide d'une sonde cannelée. La tumeur n'offre aucune adhérence, si ce n'est en haut et en avant aux apophyses géni. On sectionne la bride fibro-musculaire qui la fixe à ce niveau. L'énucléation est ensuite terminée. — Pansement iodoformé. — Réunion par première intention. — La tumeur a le volume d'un œuf de poule. La paroi est peu épaisse. Elle contient une bouillie blanche grasseuse. *Examen histologique.* — La paroi est revêtue d'un épiderme. Mais on ne trouve ni poils, ni glandes, ni papilles.

OBSERVATIONS XXXIX et XL (TILLAUX). — *Traité de chirurgie clinique*, vol. I. — M. le professeur Tillaux cite un cas de kyste dermoïde du plancher de la bouche, du volume d'un gros œuf de dinde, et qu'il opéra en 1885.

En 1883, il enleva à l'hôpital Beaujon un autre kyste, il put énu-

cléer complètement la poche qui n'adhérait que faiblement aux parties sous-jacentes, c'est-à-dire au génio-glosse.

OBSERVATION XLI (LEDIARD). — *Path. soc. of London*, 1888, p. 281. — Le kyste fut enlevé de la langue d'un enfant de 6 ans. Il avait été remarqué à la naissance, mais a augmenté rapidement de volume depuis peu. Les lèvres peuvent difficilement se fermer sur la langue, et habituellement, la bouche est ouverte, et l'extrémité globuleuse de la langue est projetée entre les lèvres. La parole est très indistincte ; quelques-unes des dents incisives sont tombées par la pression. Les bords alvéolaires de la mâchoire inférieure sont déplacés en avant pour la même raison. Le frein de la langue est ulcéré. Le kyste est placé au centre de la langue, et s'étend en arrière jusqu'au voisinage de l'os hyoïde. Il fut séparé facilement de ses attaches lâches, et l'enfant guérit rapidement. Le kyste mesure 2 pouces de longueur ; la partie la plus large mesure un peu plus d'un pouce. La paroi est mince et demi-transparente, le contenu fluide, de couleur brune, est semblable à du gruau peu épais. L'examen microscopique montre des corpuscules muqueux, des granulations graisseuses de l'épithélium, des cristaux de phosphates et de cholestérine.

OBSERVATION XLII (SCHMIT). — *Archives de méd. et chir. milit.*, 1891, p. 151. — M..., soldat au 5^e génie, d'une bonne constitution, sans antécédents héréditaires ou diathésiques, entre à l'hôpital de Versailles le 23 août dernier avec le diagnostic « grenouillette ». A son entrée, il raconte qu'il y a 20 jours il s'aperçut en se rasant, qu'il avait une glande sous le cou. Il se regarda en même temps la bouche, et vit alors, dit-il, qu'il avait aussi une grosseur sous la langue. Point de douleur, point de gêne, ni en parlant, ni en avalant. Il attendit 7 ou 8 jours sans se plaindre, et comme la tumeur ne disparaissait pas, il se présenta à la visite du médecin-major de son corps, qui l'envoya immédiatement à l'hôpital. A son arrivée, on constate l'état suivant ; état général bon, digestion, respiration et sommeil excellents. Quand la bouche est fermée on aperçoit, dans la région sus-hyoïdienne médiane, une tumeur globuleuse empiétant

un peu du côté gauche. La peau à ce niveau a sa coloration normale ; elle est souple, mobile sur la tumeur, qui donne à la palpation une certaine sensation de rénitence. Cette tumeur ne ressemble en rien aux adénites ou péri-adénites observées dans cette région. On la délimite nettement entre les doigts, et elle semble avoir le volume d'un petit œuf de dinde au moins. Si l'on fait ouvrir la bouche et relever la langue, cette tumeur disparaît presque totalement dans la région sus-hyoïdienne et apparaît alors saillante sous la langue. La muqueuse qui la recouvre est fine, mobile sur elle ; sa transparence n'est pas complète et elle présente une faible coloration jaunâtre. Sa forme est globuleuse, et elle remplit complètement tout l'espace limité en avant par les arcades dentaires qu'elle dépasse en hauteur. Au toucher, elle donne une sensation de mollesse très nette, mais ne garde point l'impression du doigt. Absence totale de troubles fonctionnels. Point de douleur. Aucune gêne, ni dans la mastication, ni dans la déglutition, ni dans la phonation, ni dans la respiration. Vu l'époque d'apparition de cette tumeur (20 ans), la rapidité de son développement (20 jours), sa transparence partielle, sa fluctuation, son indolence, M. le médecin principal Dieu, auquel ce genre de tumeur n'était pas inconnu, puisqu'il avait fait à la Société de chirurgie une communication à ce sujet, porta également le diagnostic de « grenouillette sus-hyoïdienne à marche aiguë » et prit immédiatement la résolution de l'opérer le plus tôt possible en lui appliquant le traitement habituel, ouverture de la tumeur, excision partielle de la poche, et cautérisation de la cavité au nitrate d'argent. Après avoir au préalable nettoyé le mieux possible le plancher buccal avec des injections boriquées, on procéda à l'anesthésie locale au moyen de trois injections sous-cutanées de cocaïne de 1 centigramme qui furent faites autour du point où l'on devait inciser la muqueuse. Une double incision courbe, se rejoignant en haut et en bas, circonscrivit un petit lambeau muqueux ovalaire qui fut disséqué. Ce lambeau enlevé, la poche de la tumeur mise à nu fit nettement saillie à travers l'orifice pratiqué. Cette poche fut alors saisie au moyen de pinces à griffe de manière à pouvoir être excisée partiellement. Au lieu du liquide visqueux et filant habituel de la grenouillette, il

s'écoula une matière butyreuse jaunâtre, analogue en tous points à de la matière sébacée sans mélange de poils. Le diagnostic fut modifié immédiatement et le plan opératoire changé. La poche fut disséquée totalement et assez facilement à travers les muscles génio-hyoïdiens et les génio-glosses et enlevée dans sa totalité ; elle n'offrait aucune adhérence ni avec l'os hyoïde, ni avec le maxillaire inférieur. Des lavages avec la solution boriquée furent pratiqués aussitôt dans la bouche ; on les continua les jours suivants, et huit jours après l'opération, notre malade allait bien. Je dois dire cependant que dans les premiers jours qui suivirent l'opération on constata un ganglion sous-maxillaire qui tenait à une lymphangite ayant son point de départ dans la plaie opératoire.

OBSERVATION XLIII (DUPLAY). — *Bull. médic.*, 1891, p. 493. — Jeune fille de 17 ans, d'une excellente santé habituelle et sans aucun antécédent morbide. Il y a quelques mois, elle s'aperçut qu'elle avait dans la bouche une grosseur qui gênait les mouvements de la langue. Aucune douleur n'avait précédé l'apparition de la tumeur, le volume seul de celle-ci gênait la malade. Cette tumeur offre à peu près le volume d'un œuf de poule ; elle soulève le plancher buccal dans toute son étendue depuis le maxillaire inférieur, jusqu'à l'insertion de la langue ; elle est exactement médiane et divisée en deux parties parfaitement égales par le frein de la langue. La muqueuse qui la recouvre est absolument normale, elle a sa coloration et son épaisseur habituelles, et est parfaitement mobile sur la tumeur avec laquelle elle ne présente aucune adhérence. Profondément, la tumeur s'enfonce entre les muscles et vient faire saillie à la région sus-hyoïdienne. C'est une tumeur mobile ; on peut par la pression la faire remonter sous la muqueuse buccale ou descendre à la région sus-hyoïdienne ; elle ne présente donc aucune connexion, ni avec le maxillaire inférieur, ni avec l'hyoïde. Elle est le siège d'une fluctuation évidente, perceptible dans la bouche, à la région sus-hyoïdienne et d'une région à l'autre ; elle est un peu rénitente. Il n'y a aucune douleur spontanée ni provoquée. — L'opération a montré qu'il s'agissait bien d'un kyste dermoïde.

OBSERVATION XLIV (GÉRARD-MARCHANT). — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1891, p. 26. — Il s'agit d'une jeune fille de 19 ans, qui portait depuis de longues années, une petite tumeur du volume d'un œuf de pigeon ; la tumeur déformait la région sus-hyoïdienne sur la ligne médiane et au-dessus de l'os hyoïde ; la tumeur adhérait à cet os si intimement qu'il ne m'était pas possible d'interposer les deux doigts entre l'axe hyoïdien et le contour du kyste. La forme régulière du kyste, absolument arrondie, son apparition dans l'enfance, ses connexions avec le squelette hyoïdien, son siège médian, me firent porter le diagnostic du kyste dermoïde ad-hyoïdien.

J'ai opéré cette jeune fille par la voie sus-hyoïdienne avec l'aide des docteurs Demoulin et Lyot : le diagnostic était exact de tous points. L'adhérence à l'os hyoïde était telle que je dus attirer l'hyoïde en dehors pour pouvoir le séparer de ses connexions fibreuses avec la tumeur ; cette manœuvre que je fis pourtant avec prudence, entraîna un arrêt respiratoire de quelques secondes, qui ne fut pas sans m'inquiéter. Le kyste renfermait de la matière butyreuse ; sa paroi était tapissée de poils, et l'examen histologique, fait par M. Lyot, n'a laissé aucun doute sur sa nature dermoïde. Cette jeune fille a guéri en 8 jours, sans drainage : elle a une cicatrice linéaire, abritée pour l'œil, par la saillie du maxillaire inférieur et du menton, et on ne se doute pas de l'opération qu'elle a subie.

OBSERVATION XLV (BAZY). — *Bull. Soc. de chir.*, 1891, p. 28. — Il s'agissait d'un jeune homme de 19 ans, qui m'a dit avoir vu se développer, dans la région sus-hyoïdienne, il y a environ 8 mois, une tumeur grosse comme une petite noisette, profonde, non douloureuse, roulant sous la peau ; cette grosseur s'est développée peu à peu et a acquis, au moment où je le vois, la grosseur d'une noix. Elle est régulière, médiane, de consistance un peu ferme, résistante, donnant la sensation d'un contenu mou dans une paroi tendue ; la peau est mobile et non altérée au niveau de la tumeur, qui est, au contraire, adhérente aux parties profondes et en particulier à l'os hyoïde. Pas de saillie appréciable du côté du plancher buccal. État général parfait. Pas de lésions du côté de la face ou du côté de la

bouche, pas d'engorgement ganglionnaire, pas de traumatisme antérieur. *Diagnostic* : kyste dermoïde de la région sus-hyoïdienne. Opération le 18 août 1889. Cocaïnisation, incision médiane du menton au cartilage thyroïde. Dissection laborieuse à cause des nombreuses adhérences aux muscles, adhérence plus marquée à l'os hyoïde, surtout au niveau de la petite corne droite. Suture perdue au catgut en surjet réunissant et accolant les parois ; cet accollement est très difficile. Réunion de la peau au catgut ; pas de drain. Réunion apyrétique et aseptique.

OBSERVATION XLVI (BAZY). — *Bull. Soc. de chir.*, 1891, p. 29. — Reuillard Joseph, âgé de 31 ans, palefrenier, entre à l'hôpital Baujeon le 11 septembre 1890, pour une tumeur sus-hyoïdienne, qui suivant lui, est apparue dans les circonstances suivantes : il y a environ un an, il vit se développer à ce niveau dans la partie profonde de la peau une tumeur de la grosseur d'une noisette, indolente, dure, roulant sous le doigt. Depuis cette époque, cette tumeur n'a cessé de grossir, et se présente actuellement avec les caractères suivants.

Région sus-hyoïdienne. On constate une tumeur du volume d'un petit œuf de poule ayant à peu près 6 centimètres dans son grand diamètre et 3 à 4 centimètres dans son diamètre transversal. La forme de cette tumeur est ovoïde, sensiblement aplatie dans le sens antéro-postérieur. Elle semble collée sur la région sus-hyoïdienne à laquelle elle adhère intimement. Elle se prolonge jusqu'à l'os hyoïde auquel elle adhère par son extrémité inférieure, tandis que son extrémité antérieure reste moins adhérente aux parties profondes, et s'écarte d'environ 2 centimètres de la symphyse du menton. La peau n'est pas adhérente à la tumeur, elle est mobile dans toute l'étendue, ne présente aucun caractère particulier. La consistance est variable suivant le sens de l'exploration. La palpation donne à ce niveau une sensation de mollesse, de pseudo-fluctuation.

Du côté du plancher buccal, cette tumeur ne fait aucune saillie appréciable à la vue. A la palpation on sent dans la profondeur une masse arrondie, qui est la face supérieure de la tumeur. De plus, aucune adhérence de la muqueuse du plancher buccal à ce niveau.

Les signes fonctionnels sont nuls. Cette tumeur ne gêne pas le malade. Pas de troubles de la déglutition, ni de la phonation ou respiration. Le diagnostic porté fut un kyste dermoïde de la région sus-hyoïdienne.

Opération le 13 septembre 1890. — Incision verticale sur la ligne médiane, s'étendant depuis le maxillaire inférieur à 2 ou 3 centimètres au-dessous de l'os hyoïde. On tombe alors sur une tumeur logée dans le tissu cellulaire de la région. Par sa face antérieure, cette tumeur répond à la peau, qui se détache facilement à ce niveau. Par sa face profonde, elle répond aux muscles de la région sus-hyoïdienne auxquels elle adhère et qui lui fournissent de nombreux vaisseaux. Par son extrémité inférieure, adhérence intime de la tumeur au corps de l'os hyoïde et aux grandes cornes. Décollement très difficile en ce point. Cette extrémité inférieure se prolonge au-devant de la membrane thyro-hyoïdienne, à laquelle elle adhère. La vaste cavité résultant de l'ablation est comblée grâce à une suture profonde en surjet. Pas de drainage, pansement iodoformé. La tumeur présente les caractères macroscopiques indiqués : contenu analogue à du mastic, quelques poils. Le 20 septembre 1890, le malade est complètement guéri.

CONCLUSIONS.

Les kystes dermoïdes ont été rencontrés assez fréquemment au niveau de la langue et du plancher de la bouche. Les kystes mucoïdes sont beaucoup plus rares et n'ont été observés qu'à la langue.

La structure de ces tumeurs ne diffère pas de celle des kystes dermoïdes et mucoïdes des autres régions du corps. Elles ne paraissent pas contenir de micro-organismes.

Ces kystes sont congénitaux, bien qu'on les observe parfois à un âge assez avancé. Ils peuvent faire saillie dans la bouche, à la région sus-hyoïdienne, ou dans ces deux points à la fois. Leurs caractères principaux sont d'être médians, quelquefois de coloration blanchâtre ou jaunâtre, de forme arrondie, de consistance molle souvent fluctuante, et indolents. Les orifices des canaux de Warthon sont perméables ; les troubles fonctionnels qui accompagnent ces tumeurs sont habituellement peu prononcés.

L'évolution de ces kystes est lente, mais ils ne peuvent guérir spontanément.

Le traitement consiste dans l'extirpation totale de la tumeur. On choisira de préférence la voie sus-hyoïdienne, et, on n'opérera par la bouche que les kystes très petits, exclusivement linguaux, ou siégeant chez une jeune fille.

BIBLIOGRAPHIE

- Barker.** — *Transactions of the clinical soc. of London*, 1883, p. 215.
- Bazy.** — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1891, p. 28.
- Bertherand.** — Thèse de Strasbourg, 1845.
- Bryant.** — *Clinical Surgery*, 1870, III^e partie, p. 169.
- Combalat.** — *Société de chirurgie*, 1881, p. 506.
- Cruveilhier.** — *Bull. Soc. anatomique*, 1862, p. 43.
- Dardignac.** — *Société de chirurgie*, 1883, p. 710.
- Duplay.** — *Bulletin médical*, 1891, p. 493.
- Fawell.** — *The Lancet*, 1885, vol. I, p. 843.
- Ferron.** — *Gazette hebdomadaire*, 1887, p. 150.
- Gallard.** — *Bull. Société anatomique*, 1865, p. 301.
- Garré.** — *Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte*, 1886, Bd. XVI, p. 473.
- Géhé.** — Thèse de Paris, 1882.
- Gérard-Marchant.** — *Bulletin de la Société anatomique*, 1886, p. 653.
— *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1891, p. 26.
- Gerster.** — *New-York medical journal*, may 26, 1883.
- Gruber.** — *Archiv für pathologische Anatomie*, 1880, p. 442.
- Guinard.** — *Bulletin de la Société anatomique*, 1888, p. 184.
- Hadden.** — *Transactions of the pathol. soc. of London*, 1886, p. 225.
- Hofmohl.** — *Wiener medizinische Presse*, 1881, p. 761.
- Jamain et Terrier.** — *Pathologie et clinique chirurgicales*.
- Landetta.** — Thèse de Paris, 1863.
- Lannelongue et Achard.** — *Traité des kystes congénitaux du cou*, 183
— *Annales de l'Institut Pasteur*, 1890, p. 293.
- Lannelongue et Ménard.** — *Affections congénitales*, 1891.
- Lédiard.** — *Path. Soc. of London*, 1889, p. 281.
- Linhart.** — *Gazette hebdomadaire*, 1857, p. 134.
— *Gazette hebdomadaire*, 1858, p. 502.
- Meunier.** — *Bulletin de la Société anatomique*, 1881, p. 122.

- Monod.** — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1891, p. 482.
Neumann. — *Archiv für Klinische Chirurgie*, 1877, Bd. XX, p. 825.
Nicaise. — *Bull. de la Soc. de chirurgie*, 1881, p. 498.
Ozenne. — *Archives générales de médecine*, 1883, p. 278.
Pajet. — *Transactions of the pathol. Soc. of London*, 1886, v. 37.
Pillon. — Thèse de Nancy, 1883.
Poncet. — *Bull. de la Soc. de chirurgie*, 1886, p. 455.
Reclus. — *Gazette hebdomadaire*, 1887, p. 75.
Robinson. — *S. Thomas Hospital Rep.*, XVIII, 1889.
Schmit. — *Archives de médec. et de chirurg. militaires*, 1891, p. 151.
Strepherd. — *Montreal med. chirurg. Soc.*, 1889.
Streckeisen. — *Archiv für pathologische Anatomie*, 1885, p. 131.
Sutton. — *Transactions of the path. soc.*, 1887, p. 387.
Tillaux. — *Traité de chirurgie clinique*, vol. I.
Verchère et Denucé. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1885, p. 467.
Verneuil. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1872, p. 110.
Verneuil et Clado. — *Académie des sciences*, 1888, p. 973.
Wright. — *The medical Record*, 1885, vol. 37, p. 537.
-

Vu :

Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu :

Le Président de la thèse,
DUPLAY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot, Saint-Dizier (Hte-Marne), 30, passage Verdeau, Paris.
